

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

ANDERSON DANILO DARIO LIMA

CONDUÇÃO DA REDE CEGONHA NO NÍVEL REGIONAL EM PERNAMBUCO: UM  
OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA GOVERNANÇA REGIONAL

RECIFE

2018

ANDERSON DANILO DARIO LIMA

CONDUÇÃO DA REDE CEGONHA NO NÍVEL REGIONAL EM PERNAMBUCO: UM  
OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA GOVERNANÇA REGIONAL

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

RECIFE

2018

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

L732c Lima, Anderson Danilo Dario.  
Condução da Rede Cegonha no nível regional em Pernambuco:  
um olhar sob a perspectiva da governança regional/ Anderson Danilo  
Dario Lima. — Recife: [s. n.], 2018.  
122 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto  
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior; Coorientadora:  
Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

1. Governança. 2. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 3. Assistência  
à Saúde. 4. Integralidade em Saúde. 5. Regionalização. I. Gurgel  
Junior, Garibaldi Dantas. II. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. III.  
Título.

ANDERSON DANILO DARIO LIMA

CONDUÇÃO DA REDE CEGONHA NO NÍVEL REGIONAL EM PERNAMBUCO: UM  
OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA GOVERNANÇA REGIONAL

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 06/06/2018.

BANCA EXAMINADORA



---

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior  
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ



---

Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa  
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ



---

Dra. Petra Oliveira Duarte  
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

*A minha irmã, Dani.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, sempre, por manter minha sanidade mental e minha saúde física, nos contextos mais adversos e conflituosos. Há sempre um fio de esperança que lhe acalma e amplia seu olhar para além desse mundo.*

*A minha família, na pessoa de Pai Geraldo.*

*A minha amiga/irmã Zelma, pelo cuidado e confiança, a ponto de ser constrangedor.*

*A meu orientador, prof. Garibaldi, pelas mensagens de incentivo, pela liberdade de “ir e vir” na pesquisa, ainda, pela confiança e respeito a minhas demandas para além do meu compromisso com o GSS.*

*A minha coorientadora profa. Sydia, por me fazer se sentir seguro em meio aos conflitos psicológicos de uma pesquisa. Seja após uma reunião ou uma simples conversa o sentimento de leveza espiritual sempre se fez presente.*

*Aos colegas e amigos do GSS, pelo aprendizado, para além da metodologia científica da pesquisa.*

*A minha ex-equipe de coordenação da Especialização em Saúde Pública da ESPPE, na pessoa de Tião, pela compreensão e suporte no trabalho quanto tive que me ausentar para as entrevistas no interior do estado.*

*Aos profissionais da VII, VIII e IX Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco, e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no qual sem o apoio logístico, administrativo e interpessoal não teria sido possível “saí do papel” com a proposta desse estudo.*

*Sempre grato...*

*I tell you what  
Some people got everything  
Some people got nothing  
Some people got hopes and dreams  
Some people got ways and means  
(Survival – Bob Marley & The Wailers, 1979)*

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

## **RESUMO**

O objetivo da presente estudo foi analisar a condução da Rede Cegonha (RC) em três Regiões de Saúde do estado de Pernambuco, sob a perspectiva analítica da governança regional exercida por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR). Trata-se de um estudo de caso, de abordagem prioritariamente qualitativa, utilizando como fontes de dados: documentos institucionais e entrevistas semiestruturadas com gestores/gerentes. A investigação indica que o exercício da governança regional por meio da CIR apresenta-se incipiente devido, em parte, a baixa autonomia que os atores locorregionais apresentam sobre os recursos disponíveis para as políticas de saúde. Dessa forma, posicionando a CIR como uma instância de ordem burocrática com pontuais atuações para além das demandas da Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. Cenário este também presente no âmbito da condução locorregional da RC. O disparador das discussões para sua implantação no cenário estadual foram os atores estaduais, influenciando na organização da rede regional a partir dos hospitais regionais de administração indireta do ente estadual. Na CIR o processo de discussão da Rede Cegonha têm ocorrido de forma fragmentada em “pastas setoriais”, com destaque a organização dos serviços de média e alta complexidade para atenção ao parto e nascimento, em detrimento dos demais componentes que atribuem o caráter de rede de atenção a saúde aos serviços do território, como o sistema logístico e a articulação entre os serviços. A atenção básica, manteve-se como uma atribuição de execução e monitoramento restrita ao ente federado municipal sem discussões mais amplas em um contexto de planejamento regional. Essa confluência de cenários infere a necessidade de-se repensar a exequibilidade de uma política federal a ser estruturada nos heterogêneos cenários político-estruturais locorregionais, perpassando por interesses diversos e se materializando de forma a reproduzir as lacunas no qual se propôs a dirimir.

**Palavras-chave:** Governança. Assistência à Saúde. Integralidade em Saúde. Regionalização.

LIMA, Anderson. Danilo. Dario. **Rede Cegonha management at the regional level in Pernambuco: a look from the perspective of regional governance.** 2018. Dissertation (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

## **ABSTRACT**

The objective of the present study was to analyze the conduction of the Rede Cegonha (RC) in three Health Regions of the state of Pernambuco, under the analytical perspective of regional governance exercised through the Regional Interagency Commission (CIR). It is a case study, with a qualitative approach, using as data sources: institutional documents and semi-structured interviews with managers / managers. The research indicates that the exercise of regional governance through the CIR is incipient due in part to the low autonomy that locoregional actors present over the resources available for health policies. Thus, positioning the CIR as a bureaucratic order with specific actions beyond the demands of the State Department of Health and Ministry of Health. This scenario is also present in the scope of RC locoregional driving. The triggers of the discussions for its implementation in the state scenario were the state actors, influencing the organization of the regional network from the regional hospitals of indirect administration of the state entity. In the CIR, the process of discussion of the Rede Cegonha has occurred in a fragmented way in "sectoral folders", with emphasis on the organization of medium and high complexity services to care for childbirth and birth, to the detriment of the other components that attribute the network nature of attention to health services to the territory, such as the logistics system and the articulation between services. The basic attention has remained as an attribution of execution and monitoring restricted to the municipal federated entity without broader discussions in a context of regional planning. This confluence of scenarios infers the need to rethink the feasibility of a federal policy to be structured in the heterogeneous locoregional political-structural scenarios, permeating diverse interests and materializing in order to reproduce the gaps in which it was proposed to resolve.

**Keywords:** Governance. Health Care. Integrality in Health. Regionalization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Macrorregiões de Saúde do estado de Pernambuco e seu respectivo município sede, 2018. ....	49
<b>Figura 2</b> - Regiões de Saúde de Pernambuco e seu respectivo município sede, 2018. ....	50
<b>Quadro 1</b> - Caracterização demográfica e socioeconômica da VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2018. ....	51
<b>Quadro 2</b> - Caracterização demográfica e socioeconômica da VII Região de Saúde de Pernambuco, 2018. ....	51
<b>Quadro 3</b> - Caracterização demográfica e socioeconômica da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2018. ....	52
<b>Quadro 4</b> - Classificação dos atores sociais envolvidos no processo de governança regional em saúde, Pernambuco, 2018. ....	54
<b>Quadro 5</b> - Síntese da metodologia proposta para a pesquisa, Pernambuco, 2018. ....	55
<b>Quadro 6</b> - Atas de reuniões da plenária da Comissão Intergestores Regional da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2018. ....	58
<b>Quadro 7</b> - Atas de reuniões da plenária da Comissão Intergestores Regional da VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2018. ....	58
<b>Gráfico 1</b> – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias e extraordinárias na CIR da VIII Região de Saúde no ano de 2014, Pernambuco, 2018. ....	63
<b>Gráfico 2</b> – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias e extraordinárias na CIR da VIII Região de Saúde no ano de 2015, Pernambuco, 2018. ....	63
<b>Gráfico 3</b> – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias na CIR da VIII Região de Saúde no ano de 2016, Pernambuco, 2018. ....	64
<b>Gráfico 4</b> – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias e extraordinárias na CIR da IX Região de Saúde no ano de 2014, Pernambuco, 2018. ....	64
<b>Gráfico 5</b> – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias e extraordinárias na CIR da IX Região de Saúde no ano de 2015, Pernambuco, 2018. ....	65
<b>Gráfico 6</b> – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias na CIR da IX Região de Saúde no ano de 2016, Pernambuco, 2018. ....	65
<b>Quadro 8</b> - Relação quantitativa entre pautas informativas e deliberações - VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2018. ....	67
<b>Quadro 9</b> - Relação quantitativa entre pautas informativas e deliberações - IX Região de Saúde, Pernambuco, 2018. ....	68

<b>Quadro 10</b> – Principais achados empíricos da atuação da Câmara Técnica no processo de governança na Comissão Intergestores Regional na VIII e IX Região de Saúde, Pernambuco, 2018. ....	72
<b>Quadro 11</b> – Principais achados empíricos de atuação da Comissão de Integração Ensino Serviço no processo de governança na Comissão Intergestores Regional na VIII e IX Região de Saúde, Pernambuco, 2018. ....	74
<b>Quadro 12</b> – Saúde materna e infantil como pauta informativas/apresentação na CIR da VIII Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões, Pernambuco, 2018. ....	80
<b>Quadro 13</b> – Saúde materna e infantil como pauta informativas/apresentação na CIR da IX Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, Pernambuco, 2018. ....	82
<b>Quadro 14</b> – Deliberações sobre ações e serviços contidos no âmbito da saúde materna e infantil da CIR na VIII e IX Regiões de Saúde, a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias de jan. 2013 a dez. 2016, Pernambuco, 2018. ....	84
<b>Quadro 15</b> – Principais achados quanto ao compartilhamento de atribuições dos entes federados na condução da Rede Cegonha a partir das atas das reuniões da CIR comuns VIII e IX Regiões de Saúde, Pernambuco, 2018. ....	86
<b>Quadro 16</b> – Dinâmica e abrangência das discussões sobre a saúde materna e infantil como objeto da CIR na VIII e IX Região de Saúde, referentes ao ator social disparador e temáticas, Pernambuco, 2018. ....	89

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CF	- Constituição Federal
CGBP	- Casas da Gestante, Bebê e Puérperas
CGR	- Colegiado de Gestão Regional
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIES	- Comissão de Integração Ensino Serviço
CIR	- Comissão Intergestores Regional
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COAP	- Contrato Organizativo da Ação Pública
COSEMS	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPN	- Centros de Parto Normal
CT	- Câmara Técnica
GC	- Grupo Condutor
GCE – RC	- Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha
GCR – RC	- Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha
GERES	- Gerência Regional de Saúde
GPSM	- Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal
GSS	- Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde
HC	- Hospital das Clínicas
HDM	- Hospital Dom Malam
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
HRFB	- Hospital Regional Fernando Bezerra
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMIP	- Instituto Materno Infantil de Pernambuco
LRF	- Lei de Responsabilidades Fiscal
MAC	- Média e Alta complexidade Complexidade
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB's	- Normas Operacionais Básicas

PAG	-	Programação Anual de Gestão
PAREPS	-	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PDI	-	Plano Diretor de Investimentos
PDR	-	Plano Diretor de Regionalização
PEFAP	-	Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária
PIB	-	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	-	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMC	-	Programa Mãe Cor
PPI	-	Programação Pactuada e Integrada
PQA-VS	-	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
RAG	-	Relatório Anual de Gestão
RAS	-	Rede de Atenção a Saúde
RC	-	Rede Cegonha
RENAME	-	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	-	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RI	-	Regimento Interno
SAMU-Cegonha	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Cegonha
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SISPART	-	Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCG	-	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	-	Unidades de Cuidado Intermediário
UTINEO	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Relações interfederativas no panorama da descentralização da política de saúde no Brasil.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 A regionalização no Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Governança e sua aplicação nas comissões interfederativas do Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>33</b>
<b>4.4 Assistência materna e infantil no contexto das redes de atenção a saúde.....</b>	<b>40</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1 Abordagem teórico-metodológica.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2 Estratégias metodológicas.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3 Recorte Temporal.....</b>	<b>48</b>
<b>5.4 Recorte Espacial.....</b>	<b>49</b>
<b>5.5 Trajetória metodológica.....</b>	<b>53</b>
<b>5.6 Sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>54</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>55</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>7.1 Caracterização da institucionalidade das Comissões Intergestores Regionais nas Regiões de Saúde.....</b>	<b>57</b>
<b>7.2 Descrição do conteúdo objeto da governança regional das Comissões Intergestores Regionais no âmbito da Rede Cegonha.....</b>	<b>78</b>
<b>7.3 Relações interfederativas entre os atores governamentais e sua influência na condução da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde.....</b>	<b>90</b>
<b>7.3.1 Coordenação regional da Rede Cegonha: contido e para além do espaço da Comissão Intergestores Regional.....</b>	<b>91</b>
<b>7.3.2 Financiamento interfederativo da Rede Cegonha: alocação, limitações e alternativas locais.....</b>	<b>100</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO B – FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO C – DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO DE PROJETO.....</b>	<b>122</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A organização das ações e serviços de saúde por meio das diretrizes das Redes de Atenção a Saúde (RAS) é uma estratégia nacional presente, atualmente, na agenda governamental dos três entes federados. Esta opção governamental de re-organização dos serviços de saúde tem como objetivo central a diminuição da fragmentação e descontinuidade do cuidado, bem como, a maior racionalização na utilização dos recursos (MENDES, 2010; SILVA, 2011).

No cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) as discussões sobre a RAS, de forma institucionalizada, têm como disparador o Ministério da Saúde (MS) a partir do ano de 2010. Todavia, diante do incipiente histórico nacional de práticas interfederativas em saúde de forma sistêmica como também o cenário de limitação crônica do investimento público no SUS, foi discutido a necessidade de disparar esse processo a partir de necessidades de saúde da população brasileira (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Assim, a partir de análises epidemiológicas e de capacidade instalada de serviços de saúde foram instituídas as seguintes redes prioritárias: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com ênfase ao cuidado referente ao Câncer; Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e a Rede Cegonha (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Nesse panorama, a Rede Cegonha (RC) é uma estratégia governamental que visa a organização das ações e serviços de saúde voltados para a mulher no ciclo gravídico-puerperal e criança até os 24 meses de idade, com ênfase no cuidado neonatal (MARTINELLI et al., 2014).

Aos entes federados é oportunizado a estruturação da Rede Cegonha, mediante um rol de ações e serviços contidos em quatro componentes, a saber: o pré-natal, conduzido pela atenção básica e orientada a captação precoce da gestante, com ampliação e qualificação dos serviços e exames demandados; parto e nascimento garantindo o acesso com qualidade a assistência obstétrica e neonatal; puerpério e atenção integral à saúde da criança, referente ao acompanhamento da puérpera e criança pela atenção básica, incluindo ações de planejamento familiar e estímulo ao aleitamento materno; e o sistema logístico: transporte sanitário e regulação, que promove, por meio do acesso regulado, a vinculação da gestante ao local de parto e o transporte sanitário seguro (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

O processo decisório para estruturação da RC deve ocorrer de forma ascendente, a partir da Comissão Intergestores Regional (CIR) no território da Região de Saúde onde os gestores, subsidiados por uma Matriz Diagnóstica loco-regional, estabelecem o Desenho da

Rede que contempla as ações e serviços de saúde a serem implementados. Esse processo é mediado pelo Grupo Condutor Estadual formado por membros da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Além da mediação, o Grupo Condutor, tem como funções monitorar e avaliar o processo de condução da RC, bem como, mobilizar e apoiar os atores na resolução dos entraves (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

O movimento dos atores sociais, no panorama da estruturação e implementação da RAS, é realizada por meio da governança, compreendida como o componente responsável pela condução das ações necessárias a concretização da política de saúde, permeada pela interdependência e cooperação entre os atores e exercida nas arenas interfederativas de âmbito nacional, estadual e regional (MENDES, 2010), expressas por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), respectivamente.

A CIR têm se apresentado como um espaço de decisão colegiada estratégico, entre gestores municipais, e representantes do nível estadual, preenchendo um vazio de governança nas Regiões de Saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). Todavia, apesar do seu potencial de promover a condução das políticas de saúde de forma cooperativa e solidária, os estudos demandados tendo como objeto a regionalização e seus condicionantes têm evidenciado diferentes cenários de capacidades de conduzir a política de saúde no âmbito regional (LIMA, 2013).

Dessa forma, as particularidades loco-regionais de capacidade de exercício da governança são condicionadas por aspectos: histórico-estruturais, referente a própria trajetória política-estrutural dos estados, a capacidade instalada de serviços de saúde e dinâmica socioeconômica; político-institucionais, no qual se destaca o desenvolvimento prévio de uma cultura de negociação intergovernamental, e de estruturação de arranjos regionais, como também o aprendizado institucional acumulado pelos atores, principalmente referente ao planejamento e regulação. Ainda, somam-se os aspectos conjunturais, relacionados a ação política quanto ao perfil e trajetória dos atores políticos e prioridade da regionalização na agenda pública (LIMA et al., 2012).

A luz dessas reflexões, delimita-se que objeto desse estudo é a governança regional no processo de condução da Rede Cegonha que ocorre por meio da Comissão Intergestores Regional nas três Regiões de Saúde que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco. Partindo das seguintes perguntas norteadoras: quais a potencialidades e fragilidades, políticas e estruturais, da Comissão Intergestores Regional, como espaço de

exercício da governança regional? Como tem ocorrido a condução da Rede Cegonha na Região de Saúde, pelos atores governamentais através do exercício da governança regional na Comissão Intergestores Regional?

## 2 JUSTIFICATIVA

Apesar dos avanços logrados nas últimas décadas quanto a diminuição das taxas de mortalidade materna e, principalmente, infantil, ainda observa-se disparidades nesses resultados entre as regiões mais ricas, como o Sul e Sudeste, e aquelas mais carentes como o Norte e Nordeste, evidenciando a persistência de desigualdades socioeconômicas e de acesso as ações e serviços de atenção a saúde no ciclo gravídico-puerperal (VICTORA, 2011).

O que tem posicionado a Rede Cegonha como prioridade na agenda do governo federal, do estado de Pernambuco e dos municípios, com ampla mobilização de recursos financeiros para sua estruturação. Salienta-se que as Regiões de Saúde analisadas nesse estudo são aquelas que apresentam, no contínuo histórico, elevados indicadores de mortalidade infantil do estado de Pernambuco.

Segundo Magalhães Junior (2014), o MS tem investido um montante de um bilhão de reais, alocados anualmente nos tetos estaduais e municipais para custeio de serviços da RC. Todavia, devido a política federal de apropriação do fundo público pelo capital financeiro tem se observado o corte dos investimentos em políticas sociais, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), comprometendo a continuidade do cuidado (PESCUMA JUNIOR; MENDES, 2015). Assim, inferindo, na perspectiva presente e futura, a necessidade de desenvolvimento da capacidade de governança regional visando o amadurecimento da cooperação entre agentes públicos, para fazer frente ao cenário da política econômica federal de contingenciamento do financiamento de políticas públicas de proteção social.

Ainda, salienta-se que a produção científica especificamente voltada ao estudo da governança regional nas Regiões de Saúde do estado de Pernambuco é incipiente, podendo esse trabalho, responder questionamentos e promover a reflexão e estruturação de novas questões de pesquisa, ampliando a fronteira do conhecimento teórico sobre a forma pelo qual os atores sociais governamentais têm negociado e pactuado, nos espaços institucionais do SUS, para a estruturação da Rede Cegonha.

Destarte, o uso analítico da governança, possibilita, segundo Santos e Giovanella (2014), “descrever e explicar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, conseguir melhor compreensão das condutas e tomada de decisões”. O que caracteriza um terreno fértil à construção de alternativas teórico-práticas que possam orientar os gestores públicos municipais, e demais atores sociais, no fortalecimento da Região de Saúde, mediante o exercício da governança regional. Dessa forma, favorecendo a mobilização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, para fazer frente às demandas persistentes e novas no

cenário epidemiológico da saúde materna e infantil loco-regional, desenvolvida mediante a Rede Cegonha.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a governança regional no processo de condução da Rede Cegonha que ocorre por meio da Comissão Intergestores Regional nas três Regiões de Saúde que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar a institucionalidade das Comissões Intergestores Regionais nas três Regiões de Saúde que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco;
- b) Descrever o conteúdo objeto da governança regional das Comissões Intergestores Regionais nas três Regiões de Saúde que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, no âmbito da Rede Cegonha;
- c) Caracterizar como as relações interfederativas entre os atores governamentais tem influenciado a ação pública na condução da Rede Cegonha nas três Regiões de Saúde que fazem parte da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Relações interfederativas no panorama da descentralização da política de saúde no Brasil**

A condução de um sistema de saúde universal e integral, como dever do estado, infere, no panorama do regime político da federação brasileira, a constante negociação e articulação entre união, estados e municípios na mobilização de recursos financeiros, tecnológicos e humanos para materializar a resposta estatal em saúde frente ao complexo perfil epidemiológico presente no país (LIMA, 2013).

Nesse sentido, as relações entre os entes federados têm sido, no contínuo histórico, reguladas por diversas instituições formais, como a Constituição Federal (CF), leis e resoluções que definem e norteiam os espaços de atuação e atribuições de cada membro da federação. Onde, segundo Almeida (2001) o grau de participação de cada nível de governo no processo decisório esteve dependente das características do regime federal vigente, quanto a sua descentralização ou centralização de poder.

A definição do conceito de federalismo, do latim *faedus* (contrato), apresenta dificuldade de consenso entre os cientistas políticos, todavia, tende a englobar aspectos de garantia, concomitantemente, de autonomia e diversidade às unidades políticas. Onde, as mesmas, articulam-se de forma alinhada para ações comuns, e apresentam espaços para o exercício das suas peculiaridades, como valores e interesses. Nesse escopo, entende-se federalismo, semelhantemente ao significado etimológico de origem, ou seja, contrato, entre as unidades políticas com poder de decisão (ROCHA, 2013).

Segundo Alcântara (2011) o contrato federativo ou pacto federativo legitima a redistribuição de autoridade que ocorre por meio das instituições para as unidades políticas. Não havendo, nesse contexto, uma fórmula a ser adotada na dosagem da distribuição da autoridade entre o governo central e os regionais, assim, concentrar poder no governo central possibilita o risco do exercício da tirania, do contrário, minorias podem vetar projetos e reformas de interesse coletivo (ARRETCHE, 2013).

Segundo Rocha (2013) o aspecto fiscal, principalmente quanto ao padrão de distribuição dos recursos financeiros, para o federalismo, é um indicador de autonomia entre as unidades políticas, sendo essencial para a compreensão das relações interfederativas. A redistribuição de recursos deve ser de tal forma que contemple os interesses das unidades

políticas, e permitam a livre decisão sobre em qual domínio da vida em sociedade do seu território ocorrerá a alocação, respeitando assim, o princípio da autonomia.

O início do federalismo no Brasil teve como ponto de partida a promulgação da CF de 1891, não apresentando rupturas com a centralização de poder que ocorria anteriormente na monarquia, que somado a instabilidade política e golpes de Estado, fragilizou o exercício de práticas federativas fundamentadas no exercício da autogestão, gestão compartilhada e autonomia. Nesse período, a oligarquia do governo central se reproduzia nas esferas subnacionais mediante as oligarquias estaduais, incorporando os flagelos dos períodos anteriores, como corrupção e clientelismo, ao peculiar federalismo brasileiro (SANTOS, 2012).

Segundo Santos (2012) “mantendo-se o federalismo como fachada e o centralismo como prática corrente” onde as decisões políticas eram particulares e voltados aos interesses da elite atual que se distinguia da elite do período do colonialismo e escravagismo pela nomenclatura adotada. A crise no federalismo brasileiro continuou nos anos posteriores, apesar das reformas constitucionais realizadas, alternando regimes autoritários e golpes de Estado, até a iminência das reivindicações sociais por Diretas Já e a convocação da Assembleia Constituinte para a estruturação da Constituição Cidadã de 1988 (SANTOS, 2012).

Com a promulgação dessa carta magna as relações entre os entes federados se reorganizam, devido, principalmente a descentralização de poder político, de capacidade fiscal e responsabilidade pelo provimento de serviços públicos do governo federal para os governos subnacionais, com prioridade aos municípios. Dessa forma, respondendo as demandas políticas de restauração do federalismo nacional e consolidação da democracia, defendida internamente, por uma coalização fortemente vinculada as demandas municipais (SOUZA, 2004).

Entretanto, vale salientar, que apesar dos avanços alcançados com a CF 88 como a instituição de direitos sociais ao cidadão e o reconhecimento dos municípios como unidades da federação, para a União, foram reservados poderes tributários e competências que posicionam os governos subnacionais como dependentes do governo central, relação essa considerada incompatível em um contexto de regime de federalismo, evidenciando o forte caráter centralizador no país (SANTOS, 2012).

As políticas públicas, de caráter universal seguiram o movimento de municipalização induzido pelo governo federal, entretanto os resultados foram mais satisfatórios para o setor saúde e educação, que avançaram no processo de descentralização, em comparação com as

políticas de saneamento, habitação e assistência social (SOUZA, 2004). Anterior a CF 88 a união desenvolvia uma parte substancial no financiamento e provimento das ações e serviços de saúde, com o processo gradual de descentralização, ocorrido principalmente na década de 90, os municípios passam a ser responsáveis pela gestão das ações e serviços executados no seu território, sendo o financiamento uma atribuição comum as três esferas de governo (ARRETCHE, 2002).

Levando em consideração que o objetivo central da descentralização da execução da política de saúde era universalizar o acesso, rompendo com a lógica anterior de seguro social, e descentralizar a responsabilidade pela implantação e gestão de serviços e programas para os entes subnacionais, estando o município em posição privilegiada nesse último aspecto, pode-se concluir que a descentralização foi bem sucedida, pois nos anos 2000, 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados a gestão das ações e serviços de saúde presentes no seu território (ARRETCHE, 2002).

Após a reorientação das atribuições entre os entes federados, para a união, coube, no setor saúde, as competências voltadas ao financiamento das ações e serviços executados pelos entes subnacionais, formulação da política de saúde nacional e coordenação das ações intergovernamentais. Assim, situando a união como ente federado com maior poder de influência e indução na agenda dos entes subnacionais, principalmente, por este, vincular as transferências de recursos a políticas federais, cabendo ao município aderir ou não ao projeto (ARRETCHE, 2004).

Na década de 90, tais relações interfederativas se acentuaram, devido a recentralização fiscal e aumento da capacidade regulatório da união para com os estados e municípios, mediante o aumento da percentagem de contribuições e impostos do governo federal no qual os entes federados subnacionais não participam, e a diminuição das transferências federais o que pressionou os estados e municípios a preencherem essas lacunas de recursos. Soma-se ainda, a promulgação da Lei de Responsabilidades Fiscal (LRF) que limita, entre outros aspectos, as despesas com recursos humanos e proíbe aos governos subnacionais adquirirem dívidas (MELO, 2005; ROCHA, 2013).

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram os instrumentos legais utilizados pelo Ministério da Saúde, ao longo da década de 90 para induzir a adesão dos municípios à política federal de saúde (ARRETCHE, 2002). Estas normas traziam diretrizes operacionais ao arcabouço jurídico que molda o SUS, a saber: a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142 de 1990. As NOB's tratavam, especificamente, das formas de financiamento e modalidades de pagamento para os serviços de saúde, bem como, orientava o processo de descentralização e as

possibilidades de construção de arranjos entre os municípios, para estruturação de redes de serviços (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Reconhecer o município como ente federado e o posicionar como protagonista na implementação e gestão dos serviços de saúde no território logrou resultados positivos quanto a expansão da cobertura dos serviços de saúde, desenvolvimento de técnicas de gestão e assistência e a incorporação de novos atores sociais aos processos de negociação e pactuação locais (DOURADO; ELIAS, 2011; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). Bem como, a indução aos estados e municípios para que os mesmos aumentassem sua participação no financiamento do setor saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

A expansão da cobertura dos serviços de saúde ocorreu principalmente para os serviços prestados pela atenção básica e de emergência, no qual houve universalização da vacinação e da assistência ao acompanhamento de pré-natal, reduzindo a mortalidade infantil pós-neonatal e as internações por condições sensíveis a atenção básica. Maiores esforços também foram despendidos visando a produção nacional de insumos farmacêuticos básicos (PAIM et al., 2011). O que, segundo Duarte et al. (2015), repercutiu positivamente na melhoria dos indicadores nacionais de saúde.

Ainda, o desenvolvimento, da descentralização como estratégia da redemocratização do estado brasileiro, institucionalizou novas formas de participação social na condução da política pública de saúde, mediante a criação de arenas públicas municipais, estaduais e federais, expressos pelos Conselhos de Saúde. Estes, constituídos de forma paritária, entre representantes dos usuários dos serviços, do governo local, e dos prestadores de serviço, cuja a implantação e implementação tornou-se um critério obrigatório para o recebimento de recursos financeiros federais (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

De forma alinhada foram criados os espaços formais de exercício das relações interfederativas, objetivando a criação de consensos e a cooperação entre os representantes do executivo em saúde da união, estados e municípios (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004). O exercício da cooperação interfederativa, segundo Lima (2013), pode ser orientada por meio: de normas que habilitam e limitam quanto às atribuições gestoras de cada nível de governo; da competência de indução ou regulação da união e/ou estados; regularidade no funcionamento das arenas políticas de participação social e pelos espaços de exercício das relações federativas.

Nesse panorama, a Comissão Intergestores Tripartite apresenta constituição paritária entre atores do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, com um total de 18 membros e em funcionamento desde 1991. A Comissão

Intergestores Bipartite, instituída mediante a NOB 93, é o espaço de debate e negociação entre representantes da Secretaria Estadual de Saúde e dos secretários municipais de saúde, cada estado da federação apresenta uma CIB (LIMA, 2013).

Em que pese os resultados positivos alcançados com a descentralização da implementação e gestão da política de saúde, com ênfase na participação do município, a fragilidade de responsabilidade e processual da coordenação deste projeto influenciou de forma negativa na condução da política de saúde local, fortalecendo as relações de competição entre os entes federados. Assim, a materialização da política de saúde no território esteve dependente das capacidades prévias locais, culminando com maior fragmentação e isolamento dos serviços de saúde (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Duarte et al. (2015), refletindo sobre a descentralização da política de saúde para os municípios, elenca alguns resultados negativos desse processo, os quais sejam: a heterogeneidade nos aspectos político, econômico, cultural e epidemiológico, inter e intra regiões tornou a descentralização um processo confuso; a competição entre os entes federados, dificultou a gestão dos serviços de saúde e recursos financeiros; a não efetivação dos conselhos locais de saúde, como reguladores da condução da política pública, devido, a incipiência de uma cultura de participação social; e a organização do sistema de saúde fortemente influenciada pelos atores, anteriormente vinculados, com a medicina previdenciária.

Assim, visando dirimir a fragmentação das ações e serviços de saúde e a maior racionalidade na utilização dos recursos disponíveis se iniciam os esforços instituições para a promoção da regionalização (DUARTE et al., 2015). Onde, de acordo com Santos e Campos, (2015) “A importância da regionalização para que as redes de atenção à saúde sejam sistêmicas e resolutivas, com a região de saúde sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos, é fato indiscutível”.

#### **4.2 A regionalização no Sistema Único de Saúde**

A descentralização da responsabilidade pela implementação e gestão dos serviços de saúde para os municípios desarticulada da sistematização, processual e de responsabilidade, pela coordenação das relações interfederativas, nesse novo contexto, fez surgir cenários municipais exitosos e incipientes de capacidade de condução do Sistema Único de Saúde, expressos através do fracionamento técnico, político e operacional dos serviços prestados a

comunidade. Dessa forma, conferindo iniquidade e desigualdade no cuidado em saúde a população (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Baseado no reconhecimento dos avanços e desafios postos ao SUS, fruto da municipalização da política de saúde, iniciam-se em meados do final da década de 90, os debates sobre a regionalização, principalmente na arena política da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (SOUZA, 2001). Apesar de já estar presente na Constituição Federal de 88, bem como, na Lei Nº 8.080 de 1990, a regionalização permaneceu durante a década de 90 em estado de latência governamental, ocorrendo uma descentralização marcada pela transferência verticalizada de responsabilidades para os municípios (MACHADO, 2013).

Assim, o termo regionalização é retomado na Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), em 2001 (MACHADO, 2013). Como orientadora da estratégia de articulação entre os sistemas municipais de saúde, objetivando promover maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população as ações e serviços de saúde de forma integral (DOURADO; ELIAS, 2011; SOUZA, 2001). Segundo Souza (2001), a NOAS 01 foi construída através do debate entre os representantes do executivo em saúde dos três entes federados, em busca de um consenso mínimo quanto as possíveis estratégias a serem tomadas pelos gestores públicos frente aos desafios postos pela municipalização da política de saúde, o que não torna esse instrumento uma norma imposta pelo Ministério da Saúde de forma verticalizada.

Estando contidas no debate as discussões acerca da necessidade de fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde como atores com o papel de regulador da política de saúde no seu território, quanto a articulação e coordenação interfederativa entre municípios, visando a estruturação de redes assistenciais interfederativas (SOUZA, 2001). Função essa, que para Dourado e Elias (2011), deveria ter sido promovida na primeira fase do processo de descentralização da política de saúde aos municípios, durante a década de 90.

As medidas para operacionalização da regionalização, contidas na NOAS 01/01, podem ser aglutinadas em três grupos, os quais sejam: a estruturação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) coordenado pelos representantes da SES em debate e articulação com os municípios participantes e a definição de diretrizes para organização dos serviços em redes assistenciais; aprimoramento das capacidades dos gestores públicos municipais e estaduais no planejamento e condução da política de saúde, incluindo, os instrumentos que formalizam os pactos e acordos interfederativos; e modificações nas formas de habilitação de gestão do SUS,

condizente com o contexto de fortalecimento das negociações e pactuações entre os entes federados (SOUZA, 2001).

A Região de Saúde é apresentada na NOAS como sendo a base territorial de planejamento das ações e serviços de saúde, não necessitando estar contida em limites políticos-administrativos dos entes federados. Sendo a sua delimitação uma atribuição da SES orientados, entre outros, por características sanitárias, demográficas, epidemiológicas, sócioeconômicas e de relação entre os municípios (GUIMARÃES, 2005). Nesse panorama, vale salientar, a forma pelo qual os conceitos advindos da geografia têm sido incorporados pelo setor saúde para organização espacial das ações e serviços mediante redes assistenciais, tomando como ponto de partida a regionalização trazida pela NOAS, que afirma:

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde, 2002).

A regionalização no setor de saúde brasileiro, como estratégia de promoção de maior racionalidade no uso dos recursos e alcance de melhores resultados de saúde para a população, apresenta-se como um termo essencialmente interdisciplinar. No qual, segundo Duarte et al. (2015), “os elementos teóricos e conceituais da Geografia, foram mobilizados para dar sentido as formas de ordenamento que o sistema de saúde deveria assumir segundo seus protagonistas”. Dessa forma, o conceito de região, adotado pelo setor saúde, sofre influências das teóricas que dão subsídio às reflexões no campo da Geografia.

Nesse sentido, deve-se salientar a imbricação teórica e prática existentes entre os termos regionalização, região e regionalidade. No qual o primeiro, faz alusão à ideia do processo de “recortar” visando a orientação dos atores em um contexto de reconhecimento das características do individual, ou seja, do regional, ou ainda, região, como parte condicionada e condicionante de um todo. Em que região e sujeito são mutualmente determinantes, em um contexto de construção e desconstrução contínua, espacialmente e temporalmente localizáveis (HAESBERT, 2010).

Haesbert (2010) refletindo sobre a região, de forma a romper com os posicionamentos anteriormente polarizados sobre o tema, propõe a compreensão da mesma como fato material e simbólico, pois existe no contexto real e para alguém, contribuição dos posicionamentos mais idiográficos, mas também, como ferramenta de análise, uma contribuição das reflexões

mais racionalistas da Geografia Geral, e como espaço de intervenção governamental. Quanto a regionalidade, para o autor envolveria a criação concomitante da “realidade” e das representações regionais em uma relação de horizontalidade, sem que uma se sobreponha a outra, nem se dissociem. Assim, as duas características se relacionam em um ciclo onde a realidade regional é modelada pelo subjetivo dos sujeitos sociais, e a cotidiano prático da região molda os contextos simbólicos destes.

Os sistemas funcionais de saúde, como imagem objetivo da regionalização, apresentam-se claramente alinhadas a Teoria das Localidades Centrais de Christaller (DUARTE et al., 2015). Onde a diferenciação quantitativa e qualitativa no provimento de bens e serviços entre as localidades estabelecem as relações de hierarquização entre as mesmas. Dessa forma, localidades que ofertam serviços semelhantes se situam no mesmo nível hierárquico, enquanto aquela que acumula maior capacidade de provimento de bens e serviços se posiciona como localidade central, com maior influência política territorial (BESSA, 2012).

A compreensão interdisciplinar, na interface saúde ambiente, esteve presente nos instrumentos normativos promulgados posteriormente a NOAS, reconhecendo a necessidade de ampliação do debate exclusivamente setorial e amadurecendo a forma pelo qual o território tem sido compreendido e incorporado no processo de planejamento em saúde. A inclusão do contexto regional pela NOAS, como mais uma possibilidade de escala de produção de ações e serviços de saúde entre estados e municípios, encontrou barreiras a sua efetivação no território. Decorrente, em parte, do reposicionamento político, realizado pelo MS, do executivo estadual como ator com poder de interferir na política de saúde, através do seu protagonismo na coordenação do planejamento regional. O que para os municípios foi compreendido como mais uma estratégia de recentralização de competências (DOURADO; ELIAS, 2011).

Ainda, ocorreram incongruências entre a NOAS, na sua reedição em 2002, e a CF 88 e Lei Nº 8.080 quanto ao comando único em cada nível de governo. Pois, de acordo com a primeira, ao município habilitado em Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal (GPSM) é atribuído a capacidade de condução da política de saúde independentemente da complexidade do serviço em seu território, mediante o planejamento e relação direta com os prestadores de serviços, excetuando as unidades estaduais como os laboratórios de saúde pública e hemocentros/hemonúcleos (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Todavia, aos serviços de maior complexidade a NOAS 02, possibilita a gestão tanto ao nível estadual como ao municipal, ao afirmar, posteriormente, que além dos serviços

supracitados ao nível estadual, o mesmo pode gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional ou estadual. O que gerou, em um contexto de poucas práticas interfederativas cooperativas, o desenvolvimento de relações de competição entre estados e municípios pela gestão de serviços de alta complexidade (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Soma-se a esse contexto, a maior burocratização imposta as relações interfederativas entre união, estados e municípios, decorrente da normatização federal no processo de transferências dos recursos federais (LIMA et al., 2012). Partindo desse cenário iniciam-se, no Ministério da Saúde e CIT, os debates acerca da instituição de acordos e metas sanitárias entre os gestores das três esferas de governo, baseado em negociações fortemente vinculadas a idéia de “acordo de vontade”, permeados pelos princípios de cooperação e solidariedade interfederativa, confluindo na estruturação do Pacto pela Saúde de 2006 (DOURADO; ELIAS, 2011).

A proposta de condução interfederativa da ação pública apresentada pelo Pacto pela Saúde é estruturada em três dimensões de atuação, a saber: Pacto pela Vida, com prioridades sanitárias a serem pactuadas entre os entes federados; Pacto em Defesa do SUS, com medidas que visassem o fortalecimento político do SUS; e Pacto de Gestão, objetivando o amadurecimento da gestão do SUS, que se subdividia, por sua vez em oito diretrizes, os quais se pode destacar a descentralização, regionalização, financiamento e participação social. Os entes federados aderem ao Pacto pela Saúde através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que apresenta as responsabilidades sanitárias, dos mesmos, expressos em metas e objetivos ligados a indicadores (LIMA et al., 2012).

Há continuidade a regionalização, como diretriz estruturante do SUS, com a preservação dos instrumentos previstos anteriormente na NOAS como o Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), construídos de forma coordenada pelo executivo estadual em negociação com os municípios (DOURADO; ELIAS, 2011). Segundo Viana, Lima e Ferreira (2010) o PDR tem no Pacto pela Saúde de 2006 uma maior sistematização, incluindo aspectos intersetoriais para orientação dos entes federados na definição da Região de Saúde.

O aspecto político é trazido de forma especial, na delimitação das Regiões de Saúde, ao levar em consideração à importância que deve ser dada pelos entes federados as peculiaridades do território nacional, associado a diminuição da regulação do MS sobre esse processo (LIMA et al., 2012), ampliando a visão da regionalização para além da assistência a saúde (LIMA, 2013). Assim, Região de Saúde, de acordo com o Pacto pela Saúde é entendida

pelos atores envolvidos como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

O financiamento da política de saúde, também sofreu modificações, principalmente de ordem organizativa, no qual foram unificadas as diversas formas de repasses que ocorriam anteriormente por meio de 5 blocos de financiamento, os quais sejam: Atenção Básica; Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; Vigilância em saúde; Assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Posteriormente é criado o sexto bloco de financiamento nomeado de Investimento. Todavia, as transferências permaneceram condicionadas a adesão e implementação aos programas do Ministério da Saúde pelos estados e municípios, preservando o caráter indutor das transferências federais e o papel de regulador da união (LIMA et al., 2012).

Aos municípios, com o Pacto pela Saúde, espera-se o provimento dos serviços da atenção básica e vigilância em saúde. Quanto às competências em relação aos níveis de maior complexidade tecnológica e elevado custo, define-se que as Regiões de Saúde devem responder, no mínimo, a parte dos serviços da média complexidade. No contexto das relações interfederativas, no âmbito da Região de Saúde, ao executivo estadual é atribuído a competência de coordenador das negociações e deliberações entre os gestores públicos municipais. Assim, a regionalização representa descentralização e recentralização para estado e municípios, respectivamente (DOURADO; ELIAS, 2011).

A maior inovação do Pacto pela Saúde, de acordo com Dourado e Elias (2011) foi a institucionalização do Colegiado de Gestão Regional (CGR), como espaço de decisão colegiada para exercício das relações interfederativas entre os representantes do executivo em saúde dos municípios que compõem a Região de Saúde e do respectivo executivo em saúde estadual. Nessa arena política as deliberações ocorrem por consenso entre todos os secretários municipais de saúde, sendo coordenados pelo nível estadual.

O CGR, como espaço de decisão regional, favorece a criação de estratégias para a ação pública que estejam alinhadas as peculiaridades da Região de Saúde com a participação de atores políticos loco-regionais (VIANNA; LIMA, 2013). Onde há a possibilidade de equilíbrio entre as relações interfederativas de caráter verticais entre estado e municípios, e horizontais entre os municípios (DOURADO; ELIAS, 2011), baseado na essencialidade da cooperação solidária fruto da conscientização das distintas capacidades de condução da política de saúde presentes em uma mesma Região de Saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015).

O processo de negociação nessa arena política é realizado por intermédio do exercício da governança regional, entendida, como as negociações entre atores sociais com distintos níveis de autonomia, em um contexto institucional estável e que favoreça a decisão baseada em cooperação entre atores governamentais e não governamentais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). No período de 2006 a 2010 foram instituídos 417 Colegiados de Gestão Regional, distribuídos pelo país, contemplando um total de 5.332 municípios em 24 estados da federação, exceto os estados de Roraima e Maranhão (LIMA, 2013).

No ano de 2011 ocorre a promulgação do Decreto 7.508 que regulamenta a lei orgânica da saúde e promove, no âmbito da regionalização, uma reformulação do planejamento regional, mediante a maior centralidade que é conferida a Região de Saúde, como espaço territorial privilegiado para integração de políticas, financiamento e integralidade no cuidado por meio da estruturação de Redes de Atenção a Saúde. Estas foram introduzidas na política de saúde nacional mediante a Portaria Nº 4.279 no ano de 2010 respondendo aos objetivos de integralização das ações e serviços de saúde, principalmente aquelas vinculadas as prioridades sanitárias do Pacto pela Saúde, e de recentralização do papel regulador do MS associado ao vultoso investimento financeiro federal na RAS (ALBUQUERQUE, 2014).

O Decreto define a Região de Saúde como sendo:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Logo, observa-se maior ênfase no respeito a regionalidade para a delimitação da Região de Saúde pelos entes federados visando maior racionalidade econômica e resultados sanitários positivos. O decreto define também qual o rol de serviços mínimos que devem ser prestados a população para que o arranjo político-territorial seja instituído como Região de Saúde, os quais sejam: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011). Devendo os mesmos estar em conformidade com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (ALBUQUERQUE, 2014).

O CGR, instituído mediante o Pacto pela Saúde, recebe a nomenclatura de Comissão Intergestores Regional (ALBUQUERQUE, 2014; LIMA, 2013) de forma análoga aos espaços

de exercício da governança entre estados e municípios, ou seja, CIB, e entre união, estados e municípios através da CIT. Com o decreto e posteriormente a Lei Nº 12.466, que trata dos aspectos normativos das comissões intergestores do SUS, tem-se o reconhecimento das Regiões de Saúde em todo o território nacional (SANTOS et al., 2012).

As deliberações instituídas na CIR, de forma ascendente e integradas, são formalizadas através do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), assinado pelo executivo municipal, estadual e federal em saúde, definindo as atribuições e responsabilidades de cada nível de governo na condução da política de saúde, quanto ao financiamento, organização, implementação e avaliação da ação pública (ALBUQUERQUE, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015) sendo essencial para a governança regional da Região de Saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Cada Região de Saúde apresenta um COAP com vigência, preferencialmente, de quatro anos. A estruturação cooperativa e solidária desse instrumento deve ser orientada pelo diagnóstico das necessidades de saúde da população e Mapa da Saúde. Este representa um consolidado de dados e informações fornecidos por agentes governamentais das três esferas de governo, bem como atores da iniciativa privada contemplando as características da capacidade instalada de serviços de saúde e recursos humanos, os fluxos de referência e contra referência, os investimentos públicos despendidos, indicadores de produção do sistema, soma-se, ainda, informações quanto à produção científica e tecnológica ligada à assistência à saúde (ALBUQUERQUE, 2014).

Os estudos despendidos tendo como objeto de análise a condução do processo de regionalização, mediante a conformação da Região de Saúde e sua respectiva arena de exercício da governança regional, confluem para o fato que esse processo têm adquirido ritmos diferentes de desenvolvimento entre os estados brasileiros (LIMA, 2013). Alternando, de acordo com Santos e Giovanela (2014), avanços e retrocessos. Onde os fatores que o condicionam podem ser agrupados em três domínios (LIMA, 2013).

O primeiro, de caráter histórico-estrutural, associado as particularidades loco-regionais da capacidade instalada de serviços de saúde e da dinâmica das relações socioeconômicas, no qual aquelas regiões com graus mais elevados de desenvolvimento econômico e social, bem como, de sistemas de serviços mais complexos estão diretamente associados aos locais de maior amadurecimento da condução interfederativa da política de saúde mediante os CGR, sendo o contrário verdadeiro (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

O segundo domínio, político-institucional, refere-se aos resultados logrados da implementação de estratégias prévias de descentralização e regionalização pelos entes

federados, o amadurecimento da atuação dos colegiados de representação dos níveis executivos da saúde, como a CIB, o desenvolvimento prévio de ações interfederativas, qualificação técnica e política da burocracia e forma de condução estadual da política de saúde (LIMA, 2013).

Quanto ao terceiro domínio, o conjuntural, estão contidos os fatores associados a ação pública, tais como, o perfil e percurso dos atores sociais, a dinâmica das relações interfederativas e a forma pelo qual a regionalização é institucionalizada na agenda governamental do estado (LIMA, 2013). De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010) a institucionalização dos espaços de deliberação regionais apresentam-se de forma incipiente, principalmente, devido a fragilidade dos mecanismos de investimento, alocação e gestão dos recursos financeiros atrelados as decisões colegiadas tomadas de forma consensual pelos representantes do executivo em saúde dos municípios que compõem a região.

Os espaços de decisão colegiada do SUS já apresentam a governança, requerendo, nessa etapa, maior amadurecimento (SANTOS; CAMPOS, 2015), respeitando os limites municipais, e sua autonomia constitucional, mas indo para além deles e encontrando na Região de Saúde o arranjo político-territorial ótimo para estruturação da RAS, que possibilitem o respeito às diretrizes constitucionais e legais do SUS quanto ao provimento público do cuidado. Assim, “essa perspectiva, que pressupõe autonomia municipal e coordenação regional em sincronia com a pluralidade de sujeitos envolvidos na gestão regional, deve assumir o desenho de governança pública na rede de serviços de saúde.” (SANTOS; GIOVANELLA, 2015).

#### **4.3 Governança e sua aplicação nas comissões interfederativas do Sistema Único de Saúde**

O nascimento do conceito de governança está associado ao momento em que os proprietários do capital transferem poder de decisão e competências gerenciais, sob seu capital, a terceiros, ou administradores. Todavia, nem sempre proprietário e administrador estão alinhados quanto aos rumos a serem tomados pelas organizações, apesar do objetivo comum de maximização dos ganhos, assim, em um contexto de assimetrias de conhecimento, poder e autoridade, surge um cenário conflituoso. Dessa forma, visando conferir maior segurança aos proprietários, iniciam-se os estudos para desenvolvimento de estruturas de relações que possibilitem dirimir conflitos, alinhar propostas e confluir para ganhos de desempenho da organização (BRASIL, 2013a).

O uso da governança na esfera pública está associado a idéia de promover maior eficiência as ações da administração pública, logo, remete a um posicionamento, fortemente hegemônico, da incapacidade estatal de intervenção de forma efetiva. Para Azevedo e Anastácia (2002), o estado dito ineficiente, pode ter sido fruto das mudanças promovidas durante a década de 80 nas atribuições do estado e relações deste com setores da sociedade, sem que houvesse anteriormente um amadurecimento institucional, social e nas relações econômicas, realidade presente mais fortemente em países em desenvolvimento, como também, pode está associado a cultura de desrespeito as regras e normas instituídas, o que compromete a credibilidade das leis e instituições públicas.

Para Secchi (2009) os fatores que impulsionam a governança pública estão relacionados a compreensão da complexidade atual dos problemas sociais e nas possíveis respostas a esses demandas, no qual vão para além da máquina exclusivamente estatal, apregoadas como ineficiente, e adentra a outros setores da sociedade incorporando atores da esfera privada como o mercado e as organizações não governamentais. Ênfase maior também é dada aos governos locais, em detrimento dos estados centralizados de atribuições e competências.

Assim, o conceito de governança surge na conjuntura das organizações privadas, e encontrou no complexo cenário dos anos 80 um terreno fértil para o início das reflexões acerca da sua aplicação na esfera pública (BRASIL, 2013a). Vale salientar que a despeito dos processos neoliberais que adentraram fortemente a estrutura estatal a partir da década de 80, articulando privatizações de instituições públicas, “haverá sempre, em algum grau, organizações estatais destinadas a suportar a implementação das funções do Estado” (FONTES FILHO; PICOLIN, 2008).

O termo governança apresenta conceituações e abordagens distintas, dependendo do locus disciplinar onde está sendo desenvolvido, sendo um termo fortemente objeto de reflexões nas áreas das relações internacionais, administração privada, administração pública, e ciências políticas. A título de exemplo, no contexto das relações internacionais a governança é entendida como as mudanças nas relações de poder entre os estados, através da participação de atores estatais e não estatais no enfrentamento de problemas coletivos internacionais, como o terrorismo, permeadas por maior horizontalidade nas relações entre os atores em um modelo mais cooperativo (SECCHI, 2009).

No âmbito das ciências políticas e administração pública, Secchi (2009) relaciona a governança pública a maior difusão do neoliberalismo nas estruturas públicas de governo e no fortalecimento do aspecto político para a tomada de decisão em detrimento do conhecimento

exclusivamente técnico. Assim, este autor conceitua governança pública como “um modelo horizontal de relação entre atores públicos e privados no processo de elaboração de políticas públicas”.

Kissler e Heidemann (2006), confluem com outros autores ao afirmar as diversas faces que o termo governança pode adquirir de acordo com os setores e atores que participam do processo. Para estes, o conceito de governança caracteriza uma nova forma de relação entre o Estado, e suas instituições nos seus três níveis de governo, com as organizações privadas e atores da sociedade civil, individuais ou coletivos. Ao Estado é atribuído a competência de promover a governança pública que diferencia-se dos conceitos de governança e boa governança, pela orientação que a mesma tem para o bem coletivo.

Martins (2011) reconhecendo os dissensos e abusos atuais do termo, define “governança pública é um processo no qual, em determinados contextos, a partir de determinadas capacidades e qualidades institucionais, agentes públicos e privados buscam co-produzir serviços, políticas e bens públicos, visando a geração de valor público sustentável”. O autor imprime uma visão holística nas relações entre estado e sociedade, rompendo com a visão estatal da velha administração pública, de surgimento no período de bem-estar social, e da nova gestão pública, associado ao movimento neoliberal dos anos 80 e 90.

Atrelado ao conceito supracitado, Martins (2011) estabelece uma cadeia de governança formada por quatro aspectos, a saber: qualidade e capacidades institucionais, referentes aos meios, concretos e intangíveis, pelo qual os atores desenvolvem suas ações e alcançam seus resultados. Para o autor o termo capacidade vem acompanhando o amadurecimento do conceito de governança pública desde o seu surgimento até as abordagens mais atuais. Nesse escopo há uma imbricação de três fatores: as competências, como habilidades e conhecimentos; a prontidão para desenvolver as atividades, como disponibilidade de recursos e oportunidade de atuação: e ainda o potencial, levando em consideração os limites de atuação dependentes das regras e autonomia decisória e gerencial dos atores.

O segundo aspecto da cadeia de governança é a co-produção, atrelado as perguntas “com quem” e “como”, ou seja, quais são os atores estatais e não estatais que vão participar das ações e qual vai ser o padrão de relacionamento na sistematização das ações que vão gerar serviços e políticas públicas (MARTINS, 2011). Martins (2011) aborda, nesse aspecto, sobre a criação de redes de governança, formada pelos atores individuais ou coletivos como as organizações, que mediados por distintas formas de relação, incluindo formas verticalizadas, horizontais e diagonais, se articulam visando o alcance de objetivos públicos.

As redes de governança, compreendidas como arranjos mais flexíveis e com maior capacidade de respostas a demandas complexas, influenciam a accountability de forma polarizada, pois a distribuição de atribuições e competências entre um elevado número de atores, nem sempre presente no mesmo contexto setorial, deixa difuso a responsabilização pelos resultados, todavia, possibilita a criação de múltiplos espaços e estratégias de accountability, que de forma coordenada podem confluir e tornar a responsabilização pública mais ampla (MARINI; MARTINS; MOTA, 2011; MARTINS, 2011).

Apesar das variações atribuídas ao termo desempenho, como terceiro elemento da cadeia de governança, o mesmo pode ser expresso pela soma de dois processos, a saber: esforços e resultados. Como em um contexto de redes de governança as fases da ação dos atores são distintas, mas se somam visando um objetivo central, o desempenho é específico para cada estratégia de ação despendida pelos atores (MARTINS, 2011).

No panorama dos esforços, podem se distinguir três aspectos principais: a economicidade, que diz respeito à racionalização na captação e utilização dos recursos; execução, levando em consideração os prazos e programações; e excelência, como um elemento transversal ao processo, refere-se a conformidade da ação com os padrões de qualidade (MARINI; MARTINS, 2010).

Os resultados se associam a três aspectos, os quais sejam: eficiência, quanto a relação entre os insumos empregados e os resultados alcançados onde busca-se a melhor utilização do tempo e recursos; eficácia, refere-se a características do produto entregues a população ou serviços prestados, sendo influenciada pela eficiência; e efetividade que reflete acerca dos resultados previstos e os alcançados (MARINI; MARTINS, 2010).

O quarto elemento da cadeia de governança proposto por Martins (2011) é o termo valor público sustentável, que semelhantemente aos outros elementos da cadeia, apresenta conceituação ampla, aproximando-se da ideia de imagem objetivo que direciona a ação das redes de governança. Conceituada pelo autor como a “combinação equilibrada de meios e fins, esforços e resultados, requisitos e aspirações, racionalidade instrumental e objetiva”, que conferem legitimidade social a governança pública.

Para o exercício dessas perspectivas teórico-práticas da governança pública, levando em consideração o aspecto interfederativo da política de saúde no Brasil em um contexto de redemocratização, são instituídas arenas políticas, mediante a Lei Nº 8.080, Lei Nº 8.142 e posteriores marcos legais, que possibilitam as discussões e deliberações entre agentes públicos e entre esses e a sociedade, visando a condução e controle da ação pública em saúde. No qual se destacam os espaços de exercício da participação e Controle Social, mediante os

conselhos de saúde, e os colegiados interfederativos ligados diretamente a condução da política de saúde pelos gestores do âmbito regional, estadual e nacional (SANTOS et al., 2012).

A institucionalização dos espaços de exercício da governança pública, no setor saúde, entre os entes federados, ocorreu gradualmente, iniciando no ano de 1991 com a instituição da Comissão Intergestores Tripartite. Em 1993, mediante a Norma Operacional Básica, é possibilitada aos estados a criação da Comissão Intergestores Bipartite (LIMA, 2013). No ano de 2006, o Pacto pela Saúde institui o Colegiado de Gestão Regional, posteriormente reconhecido como Comissão Intergestores Regional (ALBUQUERQUE, 2014; LIMA, 2013; SANTOS et al., 2012)

De acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010) no panorama da Região de Saúde, onde representantes da união, estado e principalmente municípios discutem e deliberam sobre os rumos da política de saúde regional, a Comissão Intergestores Regional apresenta um papel estratégico para a estruturação das Redes de Atenção a Saúde, preenchendo um vazio de governança regional. A CIR, de forma distinta dos outros espaços de governança interfederativa, não apresenta constituição paritária, sendo formada pelo representante do executivo em saúde estadual e da totalidade de municípios que fazem parte da Região de Saúde, orientados, mais proximamente, pelo Regimento Interno (RI).

Com a institucionalização do CGR/CIR, como espaço regional de governança, ocorreram mudanças no papel da CIB, no sentido de fortalecer o processo de regionalização sem que houvesse sobreposição de funções ou estímulo a competição interfederativa. Nesse escopo, a CIB se posiciona de forma matricial junto as Regiões de Saúde, tendo como atribuições: instituição do colegiado regional e orientações sobre a estruturação do RI; acompanhar o processo decisório que ocorre no colegiado regional, principalmente para aquelas questões que não encontram consenso no âmbito regional ou extrapolam os limites territoriais da Região de Saúde (BRASIL, 2009).

A instituição das Regiões de Saúde nos territórios estaduais se deu de forma distinta no cenário nacional, principalmente pela descentralização dessa atribuição para os estados e municípios, o que materializou a regionalização como reflexo das dinâmicas e relações entre os atores do território. Nesse panorama, no estado de Minas Gerais, onde já existia anteriormente ao Pacto pela Saúde, o desenvolvimento de ações baseadas em arranjos regionais, a Secretaria Estadual de Saúde, apresentou um papel essencial no processo de indução e matriciamento para os municípios na definição das Regiões de Saúde (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

Cenário este, distinto do que ocorreu no estado de São Paulo, no qual a regionalização teve início em 2006 através de oficinas organizadas e financiadas pelo COSEMS, com participação ativa dos municípios de Amparo, Sumaré e Várzea Paulista que assinaram, no mesmo período, o Termo de Compromisso de Gestão. A SES começou sua participação em meados do ano de 2007, com instituição da regionalização no Plano Plurianual de Saúde, esse fato fortaleceu as diretrizes de regionalização no estado e no final do corrente ano 90 % dos municípios assinaram o TCG, já estando aglutinados nas Regiões de Saúde (ASSIS et al., 2009).

A coordenação das discussões na CIR tem sido uma atribuição geralmente exercida pela representação regional da SES, no qual, de forma compartilhada, também estrutura a pauta das plenárias. O subsídio técnico as pactuações ocorre por meio da Câmara Técnica (CT), formado por membros do executivo estadual e municipais em saúde. Ainda, as diretrizes de operacionalização da CIR possibilitam a participação de outros atores nas reuniões ordinárias e extraordinárias, além dos secretários municipais de saúde que apresentam poder de voz e voto, assim, prestadores públicos e privados, representantes de instituições de ensino e pesquisa, e a própria população residente na Região de Saúde pode contribuir com o debate loco-regional da política de saúde (BRASIL, 2009).

Vianna e Lima (2013) analisando a implantação dos CGR no estado do Rio de Janeiro, baseado em entrevistas com o representante regional da SES, encontraram uma variedade de atores participando das reuniões do colegiado, no qual foi possível encontrar, entre outros, técnicos dos três níveis de governo, prestadores privados e conselheiros de saúde. A justificativa, presente no discurso dos sujeitos da pesquisa para essa variedade de atores esteve relacionada a necessidade de informação para a tomada de decisão colegiada. De forma distinta, Santos e Giovanella (2014), analisando o sistema de governança regional, na Região de Saúde de Vitória da Conquista, localizada no estado da Bahia, evidenciaram a ausência de participantes que representassem o controle social durante as plenárias da CIR.

Apesar das potencialidades da CIR como meio para fortalecimento da condução da política de saúde sob a lógica regional, as análises despendidas têm evidenciado cenários ainda incipientes de exercício da governança pública. Santos e Giovanella (2014), sobre a dinâmica das plenárias das reuniões, afirma que as mesmas têm sido prejudicadas, entre outros aspectos, por ausência ou atrasos dos membros efetivos, como também desatenção destes ao andamento da reunião, principalmente em discussões que dizem respeito a temáticas regionais.

Os atrasos, ainda, têm prejudicado a forma pelo qual os temas são discutidos no colegiado, que geralmente são em curtos intervalos de tempo para não extrapolar os horários da plenária, ou seja, mais associado ao cumprimento dos ritos administrativos do que a consolidação de uma discussão mais robusta sobre o planejamento regional. No mesmo estudo os autores tecem reflexões acerca de como o secretário municipal de saúde tem se posicionado nas plenárias da CIR, salientando que, aqueles secretários com maior trajetória na gestão, ou que tinham alguma formação na área, se posicionavam de forma ativa no processo de discussão (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Aspectos semelhantes foram evidenciados por Ianni et al. (2012), em um estudo no qual se debruçou sob o acesso aos serviços de saúde na região da Baixada Paulista, que simultaneamente desenvolve suas atividades em uma interface entre regionalização da saúde e região metropolitana. Os gestores municipais, sujeitos do estudo, abordaram em sua totalidade que os representantes do nível estadual na região, apresentavam fragilidades técnicas e políticas para conduzir e articular as discussões entre os presentes nas plenárias.

Bem como, que o caráter centralizar do nível estadual se fazia presente nas reuniões do colegiado limando a possibilidade de horizontalidade de poder entre estado e municípios. Em contrapartida, os gestores estaduais, também sujeitos do estudo, apontaram quanto ao não cumprimento, pelos municípios, das pactuações colegiadas e falta de envolvimento com as demandas de caráter regional. As decisões municipais dos serviços de maior complexidade eram fortemente permeadas pelas relações interpessoais, não respeitando os instrumentos que regulam os fluxos e pactuações como a Programação Pactuada Integrada e do Plano Diretor Regional (IANNI et al., 2012).

Desta maneira, os autores confluem para o posicionamento da CIR como um espaço não de deliberação, mas de homologação onde a “dinâmica política loco-regional, a dinâmica territorial e demográfica, a fragilidade dos instrumentos de pactuação, a autarquização dos níveis de gestão e a competição por recursos” têm dificultado a efetivação das deliberações de forma cooperativa e solidária (IANNI et al., 2012).

Destarte, para Santos e Giovanella (2014) a autonomia executiva do secretário municipal de saúde no âmbito municipal, soma-se aos fatores supracitados, como um aspecto que influencia o posicionamento do gestor nas discussões e deliberações regionais. Lotufo e Miranda (2007), sobre a atuação do secretário municipal de saúde, afirmam:

Um campo de gestão permeado pelo poder institucional (político, técnico e administrativo), que opera sob a delegação e a tutela dos detentores de mandato executivo. Portanto, o seu arbítrio é sancionado por quem lhes delega as

prerrogativas de poder decisório e delimita as suas margens de autonomia política.

Especificamente no contexto das Redes de Atenção a Saúde, a governança, ou sistema de governança, é o quinto elemento operacional e está atrelada a função de condução das ações e serviços em saúde, nas comissões interfederativas, de forma cooperativa, alinhados a uma missão e objetivos comuns. A organização da atenção à saúde mediante as diretrizes da RAS têm se justificado, proeminentemente, pela possibilidade de conferir maior eficiência no cuidado à população, tornando mais coerente a estrutura e funcionamento dos serviços com as necessidades de saúde da população, que no cenário atual se caracteriza pela predominância das condições crônicas (MENDES, 2010).

#### **4.4 Assistência materna e infantil no contexto das Redes de Atenção a Saúde**

A estruturação dos sistemas de saúde objetiva responder as necessidades de saúde de uma determinada população, logo, os tipos de serviços, e a forma pelo qual eles se articulam deve ser coerente com as mudanças demográficas e epidemiológicas, imbricadas a situação de saúde. Quando essa relação de confluência se perde, instauram-se as crises nos sistemas de saúde, levando a conformação de sistemas fragmentados (MENDES, 2011). Segundo, Mendes (2011), “os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo”. Para o cidadão, a experiência da fragmentação é vivenciada nas barreiras encontradas ao acesso nos serviços de saúde e na descontinuidade do cuidado (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2008).

Os fatores que tem colaborado para a conformação da fragmentação nos sistemas de saúde, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2008), são peculiares a cada contexto, todavia, vale salientar: os programas focados em determinadas doenças, riscos ou grupos populacionais específicos sem articulação ao sistema de saúde; descentralização dos serviços de saúde atrelada a desarticulação entre os níveis de atenção; serviços de saúde voltados, proeminentemente ao cuidado de doenças agudas; fragilidades na coordenação dos serviços; insuficiência e alocação inadequada dos recursos financeiros.

A análise sobre o alinhamento entre sistemas de saúde e necessidades populacionais, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, tem evidenciado elevado grau de desarticulação. Onde o modelo de atenção a saúde tem sido orientada a atender as condições agudas, ou agudizações de condições crônicas, entretanto insuficiente para o cuidado às condições crônicas.

O termo condição de saúde está atrelado à concepção de “circunstâncias na saúde das pessoas”, que podem ocorrer de forma episódica ou contínua. Indo para além das classificações comumente utilizadas no âmbito epidemiológico de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis e incorporando aspectos relacionados ao desenvolvimento da patologia e a inferência que ela faz a organização do cuidado em saúde (MENDES, 2011).

Dessa forma, condições agudas são aquelas com períodos sintomatológicos de curta duração menor que três meses, decorrentes, em sua grande maioria de infecções ou causas externas, a exemplo, gripes, amigdalites e traumas. Já as condições crônicas tendem a evoluir de forma lenta em um período de tempo longo, ou até se tornam permanentes com eventuais agudizações, a título de exemplo, temos: gravidez; as doenças cardiovasculares; neoplasias e doenças infecciosas de longa duração como a pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV) (MENDES, 2011).

As reflexões acerca dos sistemas fragmentados de saúde e suas repercussões no cuidado demandado tem como marco inicial o Relatório de Dawson, em 1920 na Inglaterra, no qual já propunha a coerência da organização do cuidado com as necessidades de saúde da população, integrando o cuidado curativo e preventivo (SILVA, 2011).

Tal relatório, solicitado pelo governo inglês, apresentava como resposta ao contexto da fragmentação a organização dos serviços de saúde de forma integral em cada território. Assim, o cuidado demandado ao cidadão iniciaria nos serviços domiciliares, subsidiados por centros de atenção primária com médicos generalistas, nas localidades periféricas (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os centros primários, considerados como o núcleo do sistema e porta de entrada, estariam conectados aos centros de serviços secundários, responsáveis pela oferta de serviços especializados, onde a sua localização deveria levar em consideração o porte populacional da localidade, bem como, as vias de acesso terrestre. Os casos que não apresentavam resolução após essa trajetória seriam encaminhados aos hospitais de referência, conectados aos centros. Sendo a comunicação entre as unidades, sobre as particularidades de cada paciente, promovido por um sistema de histórias clínicas. No âmbito da gestão, cada área de cuidado, que engloba desde os serviços preventivos aos curativos, estaria sob comando de uma única autoridade sanitária (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Dessa forma, o Relatório de Dawson, segundo Kuschnir e Chorny (2010), inovador para a sua época, introduziu a reflexões acerca da territorialização, necessidade de articulação entre a saúde pública e individual e entre modelo de organização dos serviços e gestão. No

contexto da atenção a saúde, conceituou os níveis de atenção a saúde, e vínculo entre paciente e serviços, posicionando a atenção primária como coordenadora do cuidado, bem como, os sistemas de integração, mediante os meios de comunicação e de transporte.

Ainda, a hierarquização entre os serviços e níveis de atenção se baseava na complexidade tecnológica utilizada em cada contexto, e não em critérios de valorização maior ou menor (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Mais recentemente a ideia de integração de serviços mediante as redes tiveram como cenário os Estados Unidos, no qual o sistema de saúde é caracterizado por forte competição, fragmentação e custo elevado. As estratégias adotadas nesse país deram subsídio a propostas de integração de serviços, em outros países, como no Canadá e aqueles da Europa Ocidental (MENDES, 2011).

Além da possibilidade de maior integralidade no cuidado ao usuário, a integração dos serviços de saúde mediante o modelo das redes de atenção, está fortemente atrelada à ideia de racionalidade financeira e de uso das capacidades dos serviços de saúde, expressos pelos conceitos de economia de escala e escopo. A primeira ocorre quando a articulação dos serviços em formato de rede diminui o custo médio dos procedimentos devido a melhor utilização da capacidade instalada e pela distribuição dos custos fixos para um rol maior de serviços. Por outro lado a economia de escopo está atrelada a ampliação dos serviços prestados por uma unidade assistencial, dessa forma, os custos fixos dessa unidade se torna menores do que se cada unidade assistencial fosse voltada para uma única atividade (SILVA, 2011).

Mendes (2010) e Silva (2011) sistematizam os diversos componentes que constituem as redes integradas de serviços, ou redes de atenção a saúde, sendo possível identificar componentes semelhantes abordados por esses autores, como: a população como foco do cuidado em um determinado território, referente a conformação dos serviços alinhados as necessidades de saúde, mediante a avaliação e classificação socio sanitários dos subgrupos populacionais; serviços de saúde, ou pontos de atenção a saúde, articulados de acordo com o nível de atenção a saúde no qual está contido, tendo a atenção básica como coordenadora do cuidado.

Vale salientar ainda, os sistemas logísticos, com a função estratégica de promoção da continuidade do cuidado em tempo oportuno, representado pelos sistemas de comunicação, regulação do acesso e transporte sanitário. Como também, o sistema de governança, apresentado pelos dois autores, e que tem a função de coordenar as ações demandas, dotando a rede de maior interdependência e cooperação entre os atores (MENDES, 2010; SILVA, 2011). De acordo com Mendes, (2010), a governança da RAS, no cenário do federalismo

sanitário brasileiro, deve ocorrer por meio dos espaços de decisão interfederativos, como CIT, CIB e CIR.

No Brasil, a busca pela integralidade na atenção a saúde, mediante a organização e arranjo dos serviços em redes já são afirmados pela Constituição Federal de 88 ao tratar da rede regionalizada e hierarquizada, entretanto, a inclusão dessa temática, de forma sistematizada, pelo Ministério da Saúde na agenda governamental, ocorreu no ano de 2010 (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

O conceito de Redes de Atenção a Saúde, adotado pelo MS refere-se a “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

A pouca experiência nacional de desenvolvimento de práticas de cooperação interfederativa, levou as discussões acerca da reorientação da organização do cuidado mediante a estratégia da RAS, a confluírem para a definição de temas a serem abordados pelas redes. Assim, os representantes da união, estados e municípios, baseados no perfil epidemiológico e de capacidade de serviços atrelados à assistência distribuídos pelo território nacional, definiram cinco temas a serem abordados, de forma indutora, pela RAS (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Nesse âmbito, as cinco redes prioritárias, foram: Rede Viver Sem Limites, para pacientes portadores de deficiências; Rede de Atenção Psicossocial, para cidadãos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de psicoativos; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, voltados aos pacientes portadores de neoplasias; Rede de Urgência e Emergência; e Rede Cegonha, relacionado a organização da atenção a saúde a mulher no ciclo gravídico-puerperal e criança até os 24 meses de idade (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Em junho de 2011 é lançada a Portaria Nº 1.459, que institui a Rede Cegonha, e a reafirma como prioridade governamental e do MS, visando proeminentemente a organização da assistência para o enfrentamento dos elevados indicadores de mortalidade materna e infantil, principalmente a neonatal, (PASCHE et al., 2014), persistentes e distribuídos de forma distinta no cenário nacional (VICTORA et al., 2011). Dessa forma, a RC, é orientada a promover a integralidade no cuidado, articulando os serviços de saúde na sua prática cotidiana fortemente marcada pelo isolamento, medicalização excessiva e intervenções desnecessárias (PASCHE et al., 2014).

Para tal, as ações e serviços contidos no escopo da Rede Cegonha são sistematizados em quatro componentes, a saber: Pré-Natal, tendo como ações principais a captação e início precoce do acompanhamento da gestante na atenção básica, qualificada, e incluindo os exames necessários, de acordo com a classificação de risco gestacional, como também a vinculação da gestante ao local de parto; Parto e Nascimento, referente a organização da assistência obstétrica e neonatal, estruturando os serviços de acordo com as necessidades regionais de saúde. A prática assistencialista, especialmente nessa etapa, deve ocorrer sob a ótica das evidências científicas e permeada pela Política Nacional de Humanização (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

O terceiro componente, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, é conduzido essencialmente pela atenção básica, e contempla as ações e serviços para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, com busca ativa de crianças vulneráveis e orientação e adoção de condutas de planejamento familiar, com oferta de métodos contraceptivos. O último componente da rede é o Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação por meio do qual é garantido a gestante, mediante regulação, a vinculação ao local de parto, bem como aos serviços decorrentes de eventuais situações de urgência e emergência através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-Cegonha) (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

A governança da Rede Cegonha se faz de forma ascendente tendo na Comissão Intergestores Regional seu locus central, onde, mediado pelo Grupo Condutor, os representantes do executivo municipal deliberam sobre a estrutura e funcionamento da rede, baseados nas particularidades epidemiológicas e assistenciais loco-regionais referentes a saúde materna e infantil. A confluência das deliberações é formalizada no Plano de Ação Regional, que aborda além de outros aspectos, as atribuições e competências dos atores governamentais, na condução da RC, incluindo os recursos financeiros necessários para sua concretização (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

Mobilização especial foi realizada visando a materialização da Rede Cegonha, em sua plenitude de componentes, nas regiões Norte e Nordeste do país. Houve a universalização, gradual, ao componente do Pré-Natal da RC (MAGALHÃES JUNIOR, 2014), através de três modalidades distintas, a saber: adesão regional, aos municípios que faziam parte das Regiões de Saúde definidas como prioridades sanitárias, por decisão interfederativa da CIB; adesão integrada, voltada aos municípios que participavam do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e adesão facilitada, através do Sistema do Plano

de Ação das Redes Temáticas (SISPART), voltada aos municípios que não cumpriam os critérios básicos para as duas formas de adesão anteriores (BRASIL, 2013b).

Semelhantemente ao componente Pré-Natal, o componente Parto e Nascimento, constituído por um conjunto de ações e serviços de maior densidade tecnológica, foram prioritários para as regiões Norte e Nordeste do país, com ampla mobilização de recursos federais para criação e/ou qualificação de: Unidade de Terapia Intensiva Adulto, para gestantes e puérperas; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO); Unidades de Cuidado Intermediário (UCI); Centros de Parto Normal (CPN); Casas da Gestante, Bebê e Puérperas (CGBP). No final do ano de 2013, 203 Regiões de Saúde, já estavam com seu Plano de Ação Regional aprovado, perfazendo 85 % das regiões Norte e Nordeste e 50 % das demais regiões do País (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Em Pernambuco o Desenho da Rede é orientado por aspectos da regionalização e economia de escala. Assim, o município tem a responsabilidade pela integralidade do cuidado em saúde a gestante de risco habitual, garantindo o acesso e transporte seguro ao local de parto, está incluso também, o acompanhamento no puerpério e da criança até os 24 meses de idade pela atenção básica (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Na Microrregião de Saúde realiza-se o acompanhamento de pré- natal da gestante e criança de alto risco, no tocante ao apoio diagnóstico de média complexidade e consultas com especialistas, os exames que demandam menor complexidade tecnológica são realizados no âmbito do município de residência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A atenção ao parto de alto risco é realizada no panorama da Macrorregião de Saúde, no qual somam-se os serviços de UTI adulto e neonatal e UCI neonatal, e de apoio diagnóstico de alta complexidade. A referência para SAMU e CGBP está no território da Região de Saúde. Ao estado compete, entre outras atribuições de alta complexidade, a Medicina Fetal e cirurgia neonatal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Destarte, salienta-se que a portaria ministerial que dispara o processo de pactuação e negociação da Rede Cegonha no território nacional, em 2011, quando se aborda o financiamento federal das ações e serviços de saúde, este têm sido vinculado, prioritariamente, aos serviços de assistência obstétrica e de suporte artificial de vida ao neonato. Todavia não se encontra em tal documento uma sistematização do processo de financiamento das demais estratégias e serviços que de forma sistêmica conferem o caráter de Rede de Atenção a Saúde, aos serviços postos no território (GIOVANNI, 2013).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Abordagem teórico-metodológica

Esse estudo fundamenta-se em três dimensões de análise, a saber: a institucionalidade da Comissão Intergestores Regional, como ambiente institucional de exercício da governança regional entre os atores governamentais e não governamentais; a natureza do conteúdo objeto do debate da Comissão Intergestores Regional, quanto a Rede Cegonha; e as relações interfederativas envolvidos na construção da ação pública, ou seja, "quem" são os participantes e "como" se relacionam para a condução da política de saúde materna e infantil loco-regional.

Para tal, esse trabalho ancora-se no referencial da análise de políticas públicas quanto a compreensão do movimento dos atores sociais na construção da ação pública, habilitados ou limitados pelas estruturas governamentais, incumbidas legalmente, pela condução da política pública de saúde. Dessa forma, possibilita maior compreensão dos padrões políticos e decisórios adotados pelos atores no Estado e dos condicionantes internos e externos do desenvolvimento da política, renovando as reflexões acerca dos questionamentos: quem está envolvido com o sistema político e quem toma as decisões? Como a ação pública é decidida e implementada? Que regras dirigem as transformações e as mudanças da ação pública? (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Nessa perspectiva, aproxima-se de forma particular do institucionalismo histórico devido a imbricação do processo decisório loco-regional em saúde com os contextos sociais, culturais, econômicos, como também, com as estruturas organizacionais e agências estatais temporalmente localizados, numa relação contínua de construção e desconstrução da ação pública, permeada por instituições.

O conceito de instituição, empregado nessa abordagem teórico-metodológica pelos cientistas sociais apresenta-se bastante amplo, incluindo as regras formais (leis, regimentos, normas, protocolos) e regras informais (hábitos, normas de condutas, convenções) que moldam o comportamento e as relações entre os atores e influenciam nas linhas de ação adotadas por estes (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

O institucionalismo histórico é uma corrente do neo-institucionalismo, no qual parte do pressuposto de que a compreensão das relações e estruturas do mundo não são próprias, ou naturais ao homem, e sim construídas pelo momento histórico e cultural no qual o sujeito está imerso. Esse aparato prático-teórico movimenta-se no sentido de impulsionar a transformação

social, através da desnaturalização das práticas sociais vigentes analisando a relação cíclica entre instituições e ator. Este, no institucionalismo histórico, é considerado como sujeito ativo, tornando-se variável a ser analisada, quanto aos seus interesses e relações de poder, pois as instituições também são resultados dos caminhos tomados, conscientes ou involuntariamente, pelos atores (GUIZARDI; LOPES; CUNHA, 2011).

A análise, no contexto do institucionalismo histórico, é permeada pelo conceito de path-dependent, compreendido como uma relação de causalidade social, onde o cenário atual sofre influência das decisões e linhas de ação tomadas previamente, através, por exemplo, de políticas que foram adotadas em períodos anteriores, ou seja, associado à ideia da importância da trajetória percorrida (HALL; TAYLOR, 2003; LIMA et al., 2012; LIMA, 2013).

Assim, entende-se que as forças ativas que desencadeiam as ações dos atores estão materializadas nos cenários locais de acordo com as propriedades de cada localidade. Estas propriedades, no panorama da análise da trajetória, além das instituições, pode-se salientar o contínuo histórico de desenvolvimento socioeconômico e crenças (HALL; TAYLOR, 2003).

O Sistema Único de Saúde brasileiro, baseado na integralidade, equidade e universalidade da atenção ao cidadão, tem na sua trajetória histórica uma variável de análise essencial para a compreensão da forma como as políticas internas a esse sistema são conduzidas na atualidade, principalmente quando se leva em consideração a peculiaridade nacional do posicionamento do município como ente federado com significativa autonomia político-administrativa. As mudanças nas relações entre os entes federados, observadas no contínuo histórico decorrente das mudanças na distribuição de poder trazidas com as instituições formais, confluem para a necessidade de transcendência das fronteiras municipais, todavia sem desconsiderá-las, para a Região de Saúde (LIMA, 2013).

Nesse panorama, onde a responsabilidade sanitária territorial é compartilhada por entes federados, com graus distintos de maturidade político-institucional e diferenças demográficas, epidemiológicas e sanitárias, a coordenação interfederativa é um elemento-chave na sustentabilidade da Região de Saúde como alternativa a superação da fragmentação em busca da integralidade no cuidado (LIMA, 2013).

No arranjo político-territorial da região de saúde, os gestores públicos municipais, atores que conduzem a ação pública loco-regional em saúde, influenciam e são influenciados pelas instituições, formais e informais, gerais e específicas da saúde, enraizados geograficamente e temporalmente, compartilhando em comum, regras gerais do exercício da política de saúde o que justifica a importância da seleção desse ator para a compreensão do contexto loco-regional de tomada de decisão em saúde.

## 5.2 Estratégias metodológicas

O modelo de análise proposto para essa pesquisa foi aplicado nas três Regiões de Saúde apresentadas no tópico Recorte Espacial, contemplando em sua plenitude, a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco. Assim, se estrutura como um estudo de múltiplos casos, pois “investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real”, no qual há significativa imbricação entre fenômeno e contexto, sem que seja possível estabelecer de forma clara as fronteiras entre os dois (YIN, 2005). A abordagem utilizada foi majoritariamente qualitativa, visando compreender “os significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores” que permeiam as deliberações colegiadas em saúde no âmbito loco-regional (MINAYO; SANCHES, 1993).

A coleta de dados ocorreu mediante a análise documental e a entrevista semiestruturada. A análise documental é uma técnica que objetiva a representação e intercâmbio do conteúdo dos documentos em uma linguagem unificada e sistemática, facilitando seu uso científico. As principais vantagens desse método residem no seu baixo custo e estabilidade da fonte, entretanto, como pontos negativos têm-se a falta de vivência da realidade social retratada nos documentos e a objetividade no relato escrito aos fatos ocorridos, o que infere, dessa forma, outra fonte de coleta de dados que dialogue com os achados dos documentos (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

Tal diálogo foi promovido mediante a entrevista semiestruturada que, segundo Gaskell (2002), “fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação”. Nesse panorama, o pesquisador lança mão de esquemas interpretativos para compreensão do mundo vivencial expresso na narrativa do ator respondente. Diferente de outras técnicas de entrevista a semiestruturada caracteriza-se pela sua dinâmica e desenvolvimento, no qual é utilizado um “tópico guia”, e não questões estruturadas, que orientam a conversa entre pesquisador e entrevistado.

## 5.3 Recorte Temporal

O recorte temporal para o estudo, no tocante a análise documental das atas das reuniões da CIR, foi do período de janeiro 2013 a dezembro de 2016. A justificativa para esse recorte reside em aproximações que foram realizadas com atores estratégicos das Regiões de Saúde no qual foi contextualizado que as pactuações quanto a Rede Cegonha, iniciaram, no âmbito regional, no ano de 2013.

Ainda, o pesquisador já esteve, anteriormente, desenvolvendo atividades de pesquisa com as atas das reuniões da CIR durante o Trabalho de Conclusão de Curso, referente a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção a Saúde, no recorte temporal de um ano de reuniões/atas. Tal aproximação possibilitou a compreensão da estrutura básica da dinâmica de negociação por meio das atas da CIR.

Levando em consideração que as reuniões ordinárias ocorrem com a frequência de uma ao mês e 11 reuniões por ano, logo, espera-se que cada Região de Saúde apresente 44 atas. Salienta-se sobre a possibilidade de que o número de atas, para o respectivo período extrapole o esperado, devido as reuniões extraordinárias da CIR, que ocorrem a depender das necessidades de cada Região de Saúde. Procurou-se com esse recorte, promover um equilíbrio entre o contexto mais atual das deliberações e a exequibilidade do estudo.

Partindo da compreensão do amplo recorte temporal desse estudo, optou-se por, no capítulo de resultados referenciar os achados empíricos com a respectiva numeração da reunião da plenária da CIR no qual tal conteúdo foi evidenciado. Esse fato se torna revelante quando se parte do pressuposto das mudanças cíclicas que existem no quadro de recursos humanos do sistema de saúde nacional, o que pode trazer consigo reorientação e rupturas das estratégias de implementação da política de saúde no contexto locorregional.

#### 5.4 Recorte Espacial

A IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco é localizada no extremo oeste do estado de Pernambuco, na região do Vale do São Francisco e sertão do Araripe, sendo formada pela VII, VIII e IX Regiões de Saúde, que apresentam como município sede, Salgueiro, Petrolina e Ouricuri, respectivamente (FIGURA 1 e 2).

**Figura 1** - Macrorregiões de Saúde do estado de Pernambuco e seu respectivo município sede, 2018.



Fonte: Pernambuco (2011).

Cada uma destas Regiões de Saúde, apresentam uma Gerência Regional de Saúde (GERES), como representação estadual em nível regional, responsável pela coordenação da política de saúde loco-regional, por meio do exercício da governança regional na Comissão Intergestores Regional. Semelhantemente ao cenário nacional a heterogeneidade demográfica, econômica e social inter e intra Regiões de Saúde é uma marca bastante evidente na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

**Figura 2** - Regiões de Saúde de Pernambuco e seu respectivo município sede, 2018.



Fonte: Pernambuco (2011).

O município sede da VIII Região de Saúde é Petrolina, que se diferencia dos seus pares, pelo elevado quantitativo populacional (337.683 mil hab.), melhor resultado quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), (0,697), e maior Produto Interno Bruto (PIB), (R\$ 4.905.326,9) de toda a IV Macrorregião (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

Todavia, quanto ao índice de Gini, um indicador que é amplamente utilizado na compreensão da concentração de renda, ou seja, reflete a diferença de rendimento entre os mais ricos e os mais pobres, este município se destaca em primeiro lugar da sua Região de Saúde e em segundo lugar em comparação com todos os municípios da IV Macrorregião. O município de Dormentes é aquele com menor escore de índice de Gini de toda a VII Região de Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

Quanto a análise comparativa do IDHM, Afrânio, Dormentes, Lagoa Grande e Santa Maria da Boa Vista apresentavam, em 2010, IDHM baixo (entre 0,500 e 0,599), já Cabrobó, Orocó e Petrolina, no respectivo ano apresentavam IDHM médio (entre 0,600 e 0,699). Em comparação com o estado de Pernambuco (0,673), o município de Petrolina apresentou

IDHM superior ao escore estadual, o restante de municípios apresentaram IDHM inferior ao do Estado. Quanto a comparação com o IDHM do Brasil (0,727), nenhum município alcançou o escore do IDHM nacional, para o respectivo ano (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

**Quadro 1** - Caracterização demográfica e socioeconômica da VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2018.

<i>Município</i>	<i>População Residente (2016)</i>	<i>IDHM (2010)</i>	<i>Produto Interno Bruto (2013)</i>	<i>Índice de Gini (2010)</i>
<i>Afrânio</i>	19.225	0,588	123.849,7	0,53
<i>Cabrobó</i>	33.557	0,623	323.508,6	0,58
<i>Dormentes</i>	18.510	0,589	147.650,8	0,47
<i>Lagoa Grande</i>	25.030	0,597	263.056,9	0,52
<i>Orocó</i>	14.623	0,610	137.965,3	0,51
<i>Petrolina</i>	337.683	0,697	4.905.326,9	0,62
<i>St.ª Mª da Boa Vista</i>	41.475	0,590	419.702,9	0,55

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017.

Salgueiro é o município sede da VII Região de Saúde, sendo o mais populoso (60.117 mil hab.) e com melhor resultado quanto ao PIB (R\$ 694.444,3) em comparação com seus pares intra Região de Saúde, ainda apresenta o segundo melhor IDHM (0,669) de toda a IV Macrorregião. Este município está localizado geograficamente em um local estratégico quanto as vias de transporte terrestre, sendo ponto de conexão entre os extremos do estado. Devido a sua relativa segurança e qualidade da via tornou-se uma trajetória geralmente escolhida por aqueles que cruzam o estado no sentido leste-oeste e norte-sul (BRASIL. Ministério da saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

**Quadro 2** - Caracterização demográfica e socioeconômica da VII Região de Saúde de Pernambuco, 2018

<i>Município</i>	<i>População Residente (2016)</i>	<i>IDHM (2010)</i>	<i>Produto Interno Bruto (2013)</i>	<i>Índice de Gini (2010)</i>
<i>Belém do São Francisco</i>	20.672	0,642	132.553,2	0,63
<i>Cedro</i>	11.607	0,615	66.234,7	0,56
<i>Mirandiba</i>	15.185	0,591	103.973,2	0,58
<i>Salgueiro</i>	60.117	0,669	694.444,3	0,59
<i>Serrita</i>	19.049	0,595	105.953,8	0,56
<i>Terra Nova</i>	10.313	0,599	53.136,3	0,49
<i>Verdejante</i>	9.471	0,605	50.339,5	0,54

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017.

Nessa respectiva Região de Saúde está o segundo município com menor quantitativo de pessoas residentes de toda a IV Macrorregião de Saúde, a saber: Verdejante, com 9.471 mil habitantes. Belém do São Francisco, Cedro, Salgueiro e Verdejante, na análise do IDHM em

2010, são aqueles com melhores resultados, estando classificados como de IDHM médio (entre 0,600 e 0,699), os municípios de Mirandiba, Serrita e Terra Nova, no respectivo período, estão classificados como de IDHM baixo (entre 0,500 e 0,599), todavia, seus escores individuais estão próximos ao limite superior dos resultados que fazem parte do espectro de IDHM baixo. No tocante ao Índice de Gini, os extremos de valores intra Região de Saúde são apresentados pelos municípios de Terra Nova (0,49) e Belém do São Francisco (0,63) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

A IX Região de Saúde apresenta o maior quantitativo de municípios por Região de Saúde da IV Macrorregião e tem como sede o município de Ouricuri, não seguindo, dessa forma, o padrão presente na VII e VIII Regiões de Saúde no qual a sede regional é o município com maior quantitativo populacional e PIB. Araripina é o município da IX Região de Saúde com maior quantitativo populacional (83.287 mil hab.) e PIB (R\$ 682.570,2), sendo aquele com melhor resultado do IDHM intra-regional, a saber: 0,602 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

Além deste, Moreilândia e Araripina são os únicos municípios a apresentarem IDHM médio (entre 0,600 e 0,699) estando o restante dos municípios classificados como de IDHM baixo (entre 0,500 e 0,599). Quanto ao índice de Gini os extremos são encontrados nos municípios de Ouricuri (0,60) e Ipubi (0,53) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017).

**Quadro 3** - Caracterização demográfica e socioeconômica da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2018.

<i>Município</i>	<i>População Residente (2016)</i>	<i>IDHM (2010)</i>	<i>Produto Interno Bruto (2013)</i>	<i>Índice de Gini (2010)</i>
<i>Araripina</i>	83.287	0,602	682.570,2	0,56
<i>Bodocó</i>	37.571	0,565	189.435,3	0,55
<i>Exú</i>	31.858	0,576	188.079,9	0,57
<i>Granito</i>	7.363	0,595	433.76,6	0,54
<i>Ipubi</i>	30.091	0,550	207.566,6	0,53
<i>Moreilândia</i>	11.240	0,600	68.017,7	0,54
<i>Ouricuri</i>	68.236	0,572	434.174,3	0,60
<i>Parnamirim</i>	21.290	0,599	143.317,2	0,59
<i>Santa Cruz</i>	15.032	0,549	78.846,4	0,57
<i>Santa Filomena</i>	14.265	0,533	63.297,6	0,55
<i>Trindade</i>	29.842	0,595	264.639,4	0,57

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2017; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017.

## 5.5 Trajetória metodológica

A institucionalidade da Comissão Intergestores Regional foi analisada baseado nos aspectos normativos e políticos que conferem a essa instância deliberativa estabilidade e legitimação como arena política (MACHADO et al., 2014). Os instrumentos de coleta de dados, para esse domínio da pesquisa, foram: análise documental e entrevista semiestrutura.

As fontes de dados: regimento interno, atas das reuniões da CIR e resoluções, e informantes-chave. Nesse âmbito as seguintes categorias foram analisadas: regularidade das reuniões; caracterização dos atores sociais que participam das plenárias ordinárias e extraordinárias da CIR; frequência dos secretários municipais de saúde; relação quantitativa entre pautas informativas e deliberações; formalização e acompanhamento das deliberações, ou seja, os instrumentos de pactuação interfederativa; situação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Região de Saúde; apoio técnico da Câmara Técnica e Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES).

A análise do conteúdo objeto da governança regional da Região de Saúde terá como fonte de coleta de dados às atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIR, pois esse documento caracteriza-se como o registro escrito do processo de condução da política de saúde loco-regional, entretanto, se debruçando especificamente sobre a temática da saúde materno-infantil. Esse processo se dará orientado pelas etapas da análise documental, compreendida nessa pesquisa como método de coleta e de análise de dados (CALADO; FERREIRA, 2005), assim, primeiramente o material foi organizado, e passou por uma leitura visando a encontrar a categoria saúde materna e/ou infantil, de acordo com o recorte temporal.

Posteriormente os mesmos foram categorizados de acordo com a forma como o tema é tratado na reunião, a saber: como deliberação ou informação. Quando classificadas em deliberações, foi pontuado se a respectiva deliberação apresenta uma resolução, com conteúdo claro, que a formalize. Ainda, o conteúdo da deliberação foi classificado de acordo com: o nível de assistência em saúde no qual sua ação está contido, ou seja, atenção primária, média complexidade, e alta complexidade; qual etapa do ciclo de políticas públicas ele se vincula segundo Baptista e Rezende (2011); compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados, quanto a financiamento e implementação do plano; e adaptação da proposta ao contexto loco-regional.

Concomitantemente, a essa etapa foi realizado o mapeamento sobre quais foram os atores envolvidos com o processo decisório de acordo com as categorias de atores sociais, partindo da categorização utilizada por Lima, Gurgel Junior e Barros (2016), presente no

Quadro 4. Salientando-se, de acordo com os documentos, a participação do ator no processo, como por exemplo: o ator social propôs a inclusão da discussão do tema na agenda do colegiado? O ator conduz a discussão?

**Quadro 4** - Classificação dos atores sociais envolvidos no processo de governança regional em saúde, Pernambuco, 2018.

<i>Classificação</i>	<i>Descrição</i>
<i>Gestor Público Municipal</i>	Secretario Municipal de Saúde Secretário Adjunto de Saúde
<i>Gerente Público Regional</i>	Profissional que ocupa o cargo de gerente da Gerência Regional de Saúde da Região de Saúde
<i>Técnico Municipal</i>	Profissional, do quadro de recursos humanos do município, que esteja na qualidade de representante da administração pública municipal.
<i>Técnico Regional</i>	Profissional, do quadro de recursos humanos da Gerência Regional de Saúde, que esteja na qualidade de ouvinte/participante na CIR.
<i>Técnico Estadual</i>	Profissional, do quadro de recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que esteja na qualidade de representante da esfera estadual na CIR.
<i>Prestador Privado</i>	Profissional, do quadro de recursos humanos do prestador privado, que esteja na qualidade de representante da organização.
<i>Técnico Rede Própria</i>	Profissional, do quadro de recursos humanos da Rede Própria do Estado e/ou Município, que esteja na qualidade de ouvinte/participante na CIR.
<i>Sociedade Civil</i>	Cidadão, sem vínculos com a administração pública municipal e/ estadual, que esteja na qualidade de ouvinte/participante da CIR.
<i>Instituição de Ensino Pública</i>	Educador ou educando, que esteja presente na reunião vinculado a atividades de ensino-aprendizagem da Instituição de ensino pública no qual está vinculado.
<i>Instituição de Ensino Privado</i>	Educador ou educando, que esteja presente na reunião vinculado a atividades de ensino-aprendizagem da Instituição de ensino privada no qual está vinculado.

Fonte: o autor a partir de Lima, Gurgel Junior e Barros (2016).

## 5.6 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos dessa pesquisa foram os atores sociais envolvidos com a governança interfederativa da Rede Cegonha, incluindo profissionais da Gerência Regional de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde, selecionados de forma intencional, por estarem cotidianamente e institucionalmente envolvidos na condução da política de saúde, assim sendo, são caracterizados como sujeitos representativos do discurso. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, segundo a metodologia de análise de conteúdo (BARDIN, 2010).

## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)” sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP, desenvolvido de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE. Assim sendo, foi emitida pela instituição de pesquisa uma Declaração de Vinculo atestando a conformidade dos objetivos e metodologia do recorte de pesquisa ao respectivo macroprojeto (ANEXO C).

O estudo segue os termos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As cópias dos documentos institucionais e as informações provenientes das entrevistas sob responsabilidade do pesquisador, receberam o tratamento metodológico da análise documental (CALADO; FERREIRA, 2005) e análise de conteúdo (BARDIN, 2010), visando unicamente a garantir maior robustez ao corpo analítico-reflexivo dessa pesquisa, tendo como norteador, os objetivos propostos. Todos os documentos foram armazenados em banco de dados acessível exclusivamente aos membros do GSS, garantindo dessa forma, o sigilo e confidencialidade das informações. Aos sujeitos do estudo foram explicadas as peculiaridades dessa pesquisa sendo as entrevistas realizadas somente após leitura a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

**Quadro 5** - Síntese da metodologia proposta para a pesquisa, Pernambuco, 2018

(Continua)

<i>Objetivos da pesquisa</i>	<i>Técnica de coleta</i>	<i>Fonte de dados</i>	<i>Variáveis/Categorias de análise</i>
<b><i>I. Institucionalidade da Comissão Intergestores Regional</i></b>	Análise documental/ Entrevista semiestruturada	Regimento interno, Atas das reuniões da CIR e resoluções, e informantes-chave.	Regularidade das reuniões; frequência dos secretários municipais de saúde; relação quantitativa entre pautas informativas e deliberações; formalização e acompanhamento das deliberações; situação do COAP; apoio técnico da CT CIES.
<b><i>II. Saúde Materno-infantil como objeto do processo decisório regional</i></b>	Análise documental	Atas das reuniões da CIR e resoluções/Plano de Ação Regional.	Deliberação ou informação; nível de assistência em saúde no qual sua ação está contido; compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados, quanto a financiamento e implementação do plano; adaptação da proposta ao contexto loco-regional.

**Quadro 5** - Síntese da metodologia proposta para a pesquisa, Pernambuco, 2018.

(Conclusão)

<b><i>III. Relações interfederativas</i></b>	Entrevista semiestruturada	Secretario Municipal de Saúde; gerente da GERES; Grupo Condutor Estadual da RC; Grupo Condutor Regional da RC	Coordenação Regional da Rede Cegonha; Financiamento Tripartite da Rede Cegonha
--	----------------------------	---	--

Fonte: o autor.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **7.1 Caracterização da institucionalidade das Comissões Intergestores Regionais nas Regiões de Saúde**

O processo de coleta das fontes de dados documentais, os quais sejam: atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, listas de frequência e Plano de Ação da Rede Cegonha, seguiu o mesmo caminho quanto ao acionamento dos sujeitos responsáveis pelos mesmos, nas três Regiões de Saúde do estado de Pernambuco propostas para esse estudo. Todavia, houve uma fragilidade quantitativa e qualitativa nos documentos disponibilizados pela VII Região de Saúde, sede Salgueiro, o que inviabilizou a definição de uma narrativa que respondesse aos objetivos I e II desse estudo para essa Região de Saúde.

Vale salientar que o processo de registro de documentos institucionais apresenta um conjunto de etapas, estruturadas e sistematizadas, com a imagem objetivo de alinhar registro aos fatos que os desencadearam, ou seja, “Os arquivos conservam registros de ações e de fatos como prova da gestão que os produziu, dos quais são produtos naturais” (RODRIGUES, 2005).

Nessa perspectiva, apesar de não ser objeto desse estudo a análise sobre o processo de produção dos arquivos da administração pública em cada Região de Saúde, evidencia-se certa fragilidade no registro do processo de governança regional na VII Região de Saúde, expressando-se por um conjunto de lacunas na história sobre o processo de condução da política pública no contexto regional.

Para além das repercussões negativas desse fenômeno para a pesquisa acadêmica, evidencia-se também que a presença de documentos com tais registros são cruciais nos momentos das mudanças sazonais que ocorrem no quadro de recursos humanos em saúde. Pois permitem uma leitura, pelos agentes públicos atuais, das ações e serviços de saúde anteriormente executadas no contexto locorregional das políticas públicas de saúde, potencializando a retomada das estratégias já desenvolvidas pelos atores, sem maiores rupturas da continuidade do cuidado a população.

Partindo do cenário supracitado e tendo em vista os prazos internos e externos ao grupo de pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde, foi decidido que o recorte territorial referente aos objetivos I e II desse estudo contemplasse a VIII e IX Regiões de Saúde do estado de Pernambuco.

Assim, a coleta das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIR e listas de frequência se deu in loco (IX Região de Saúde) e pelo envio de cópias digitalizadas via e-mail (VIII Região de Saúde), de acordo com o recorte temporal que esse estudo privilegiou, a saber: janeiro de 2013 a dezembro de 2016. Dessa forma, o universo amostral dessa etapa do estudo se deu com 38 atas (34 reuniões ordinárias e 04 atas de reuniões extraordinárias) para a VIII Região de Saúde e 43 atas (40 reuniões ordinárias e 03 atas de reuniões extraordinárias) para a IX Região de Saúde (Quadro 7 e 8).

**Quadro 6** – Atas de reuniões da plenária da Comissão Intergestores Regional da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2018.

Ano	Mês										
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2013	S.E.	S.E.	RO/nº 03	RO/nº 04	RO/nº 05	RO/nº 06	RO/nº 07	RO/nº 08 RE/nº 01	RO/nº 09	RO/nº 10	RO/nº 11
2014	RO/nº 01	RO/nº 02	RO/nº 03	RO/nº 04	RO/nº 05	RO/nº 06	S.E.	RO/nº 08	S.E.	RO/nº 10	RO/nº 11
2015	RO/nº 01	RO/nº 02	RO/nº 03	RO/nº 04	RO/nº 05	RO/nº 06	RO/nº 07 RE/nº 01	RO/nº 08	RO/nº 09 RE/nº 02	RO/nº 10	RO/nº 11
2016	RO/nº 01	RO/nº 02	RO/nº 03	RO/nº 04	RO/nº 05	RO/nº 06	RO/nº 07	RO/nº 08	RO/nº 09	RO/nº 10	RO/nº 11

Fonte: o autor a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Legenda: RO: Reunião Ordinária; RE: Reunião Extraordinária. S.E.: Sem Envio.

**Quadro 7** - Atas de reuniões da plenária da Comissão Intergestores Regional da VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2018.

Ano	Mês										
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2013	RO/nº 42	RO/nº 43	RO/nº 44	S.E.	S.E.	RO/nº 47 RE/nº 23	RE/nº 24	RO/nº 49	RO/nº 50	S.E.	S.E.
2014	RO/nº 53	RO/nº 54	S.E.	RO/nº 56	RO/nº 57	RO/nº 58	RE/nº 26	RO/nº 60 RE/nº 27	RO/nº 61	RO/nº 62	S.E.
2015	RO/nº 64	RO/nº 65	S.E.	RO/nº 67	RO/nº 68	RO/nº 69	RO/nº 70	RO - Nº 71	RO/nº 72	RO/nº 73	S.E.
2016	RO/nº 75	RO/nº 76	RO/nº 77	RO/nº 78	RO/nº 79	RO/nº 80	RO/nº 81	RO - Nº 82	RO/nº 83	RO/nº 84	RO/nº 85

Fonte: o autor a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Legenda: RO: Reunião Ordinária; RE: Reunião Extraordinária. S.E.: Sem envio.

Em ambas as regiões observa-se similaridades na estrutura básica de organização das atas das reuniões do colegiado, orientando os atores no registro das atividades da plenária,

sendo possível a identificação de elementos envolvidos no processo de condução da política de saúde regional, os quais pode-se salientar: ator responsável pela coordenação da reunião, ator proponente da discussão, conteúdo das pautas, processo de discussão, encaminhamentos posteriores as discussões, bem como seus prazos e responsáveis.

Ainda destaca-se os instrumentos de formalização das discussões como as resoluções e ofícios. Apesar das similaridades estruturais, o registro da dinâmica de negociação sofreu influências do ator responsável por tal atividade, que para as regiões estudadas, é caracterizado como sendo o Secretário da CIR, vinculado a estrutura administrativa da Gerência Regional de Saúde. Nesse panorama, deve-se salientar que as atas da VIII Região de Saúde apresentaram maior detalhamento na descrição, em todo o recorte selecionado, incluindo até o posicionamento que os diversos atores presentes na reunião tomavam no decorrer das discussões.

Realidade um pouco diferente para os documentos coletados junto a IX Região de Saúde, que por sua vez, realizou a descrição de forma resumida, incluindo aspectos mais centrais do processo de discussão, entretanto, não inviabilizando a validade do documento como fonte de dados de acordo com os objetivos propostos nesse estudo.

A partir da análise das atas e do regimento interno da CIR pode-se observar o caráter mensal quanto a frequência das reuniões ordinárias, achados que corroboram com os estudos de Vianna e Lima (2013) e Kering, Souza e Scatena (2015), ao analisarem a implantação e processo de trabalho dos Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro e a gestão em uma Região de Saúde no estado do Mato Grosso do Sul, respectivamente. As reuniões ocorreram, mais proeminentemente, a partir do mês de fevereiro de cada ano, com regularidade mensal até o mês de dezembro.

Seguindo as normativas do regimento interno a plenária da CIR, pode ser iniciada logo haja a constatação pelo presidente do colegiado do quórum mínimo de Secretários Municipais de Saúde (SMS's) da respectiva região, ou seja, metade dos gestores dos municípios mais um. As reuniões também podem ocorrer sem o quórum mínimo de gestores municipais, entretanto nesses casos não há poder deliberativo. Já as reuniões extraordinárias ocorrem a depender das necessidades percebidas pelos atores locorregionais de discussões de temas estratégicas, principalmente aquelas voltados a atenção de média e/ou alta complexidade no âmbito dos aspectos financeiros ou das Redes de Atenção à Saúde (IXRS-RO/nº09/15).

Apesar das reuniões extraordinárias serem posicionadas como aquelas com menor número de pautas informativas e o maior número de pautas deliberativas, nem sempre há pactuações nesses momentos (VIIRS-RE/nº26/14), devido, entre outros aspectos, à falta de

governabilidade da plenária sob o principal prestador privado regional, responsável pelos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar, que nas duas Regiões de Saúde estão sob administração indireta da Secretaria Estadual de Saúde.

Assim, nessas situações a plenária comumente solicita a presença dos profissionais da SES nas pactuações, (IXRS-RE/nº02/15 e VIIIRS-RO/nº49/13) e o próprio acesso ao contrato que rege a relação entre os envolvidos, em posse da Secretaria Estadual de Saúde, (IXRS-RO/nº08/14). Tal contexto pode ser compreendido como um empasse ao processo de regulação das ações e serviços do prestador privado pela plenária, que dentro do contexto de gestão da saúde está mais próximo do território que demanda o cuidado, e possivelmente com maiores subsídios para a reorientação das ações do prestador as peculiaridades sanitárias localregionais.

Para Kissler e Heidemann (2006), “os atores locais e regionais desenvolvem ação conjunta movidos pela expectativa de que conseguem avaliar melhor os problemas de sua região do que os atores nacionais ou supra-estaduais”, entretanto, a ausência de poder deliberativo sob o prestador privado sob contrato direto com a SES, apresenta-se como um fator limitante desse processo de regulação do público para com o privado sob a perspectiva da governança regional. Ainda, para além das pactuações que envolvem diretamente os serviços do prestador privado, observa-se dificuldade da plenária em monitorar e avaliar a produção de serviços e resultados sanitários do mesmo (VIIIRS-RO/nº50/13). Salienta-se aqui as reflexões de Lima (2005) sobre o exercício da autonomia pelos governos, a saber:

A capacidade de agir, de forma relativamente autônoma de um governo está na sua competência de dispor e gerenciar suas estruturas institucionais, no entanto, contextos institucionais historicamente construídos e enraizados afetam a capacidade de ação.

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

Na estrutura das listas de frequência das reuniões, documento essencial na estruturação do perfil dos atores que tem participado das discussões, são preenchidos os seguintes características pessoais dos sujeitos: nome completo, função, local de residência e endereços pessoais de contato, como: e-mail e/ou telefone celular. Para esse documento, observou pouca diferenciação na estruturação entre as Regiões de Saúde estudadas. Assim, a VIII Região de Saúde, encaminhou via e-mail 51 (2013 a 2016) listas de frequência, de reuniões ordinárias e extraordinárias, já a IX Região de Saúde disponibilizou 34 (2014 a 2016) atas de reuniões.

Assim, para alinhar o recorte temporal entre as duas Regiões de Saúde foram excluídas da análise as listas de frequência das reuniões que ocorreram no ano de 2013 para a VIII Região de Saúde. A justificativa para o menor quantitativo de atas de reuniões do que de listas de frequência, levando em consideração que se trata do mesmo recorte temporal, foi salientado pelos atores locorregionais da VIII Região de Saúde como consequência da rotatividade dos profissionais responsáveis pelo registro das ações do colegiado, dificultando o resgate de todas as atas das reuniões ocorridas no período estudado.

Inicialmente na estruturação do projeto foi pensado na reflexão a partir da frequência do gestor municipal de saúde as reuniões da plenária da CIR, todavia, levando em consideração a importância da diversidade de interesses postos e defendidos pelos diversos atores locorregionais optou-se por uma ampliação dessa categoria, abarcando o perfil de atores que participam das plenárias do colegiado por reunião/ano em números absolutos. Segundo Kishima, Zanatta e Escrivão Júnior (2012):

A participação dos representantes dos governos municipais e estadual nas reuniões de Colegiado pode ser um dos indicadores importantes para avaliar a legitimação desse espaço de gestão compartilhada como um instrumento importante no processo de organização dos sistemas regionais de Saúde.

Ainda nessa perspectiva, para Martins (2011), em seu movimento em busca de maior clareza e definição do conceito e dinâmica do que seria governança pública, a categoria “atores” refere-se ao “com quem” ocorre o processo de governança, ou seja, agentes públicos, privados, beneficiários. Esta categoria de análise soma-se ao aspecto do “como” ocorre o processo de governança contidos, por sua vez, em um dos 5 componentes analisados e discutidos pelo autor, a saber: “Co-produção”.

Dessa forma, observou-se certa diversidade de atores sociais presentes nas reuniões do colegiado, em ambas as Regiões de Saúde, para além dos membros com poder de voz e voto de acordo com o regimento interno, como os gestores públicos municipais. Contexto alinhado aos achados de Viana e Lima (2013) que a partir de entrevistas realizadas com os

coordenadores das plenárias dos Colegiados de Gestão Regional, salientaram a presença de prestadores privados, representantes dos consórcios locais, instituições de ensino e pesquisa e conselheiros de saúde.

No estudo de Silveira Filho et al. (2016), partindo da perspectiva da análise da forma pelo qual a temática da regulação de serviços de saúde é abordada pelos atores da CIR e seus possíveis encaminhamentos, observou-se a presença de uma heterogeneidade de atores nas plenárias, a saber: técnicos e assessores municipais de saúde, técnicos regionais, representantes de instituições de ensino e dos prestadores de serviço locais.

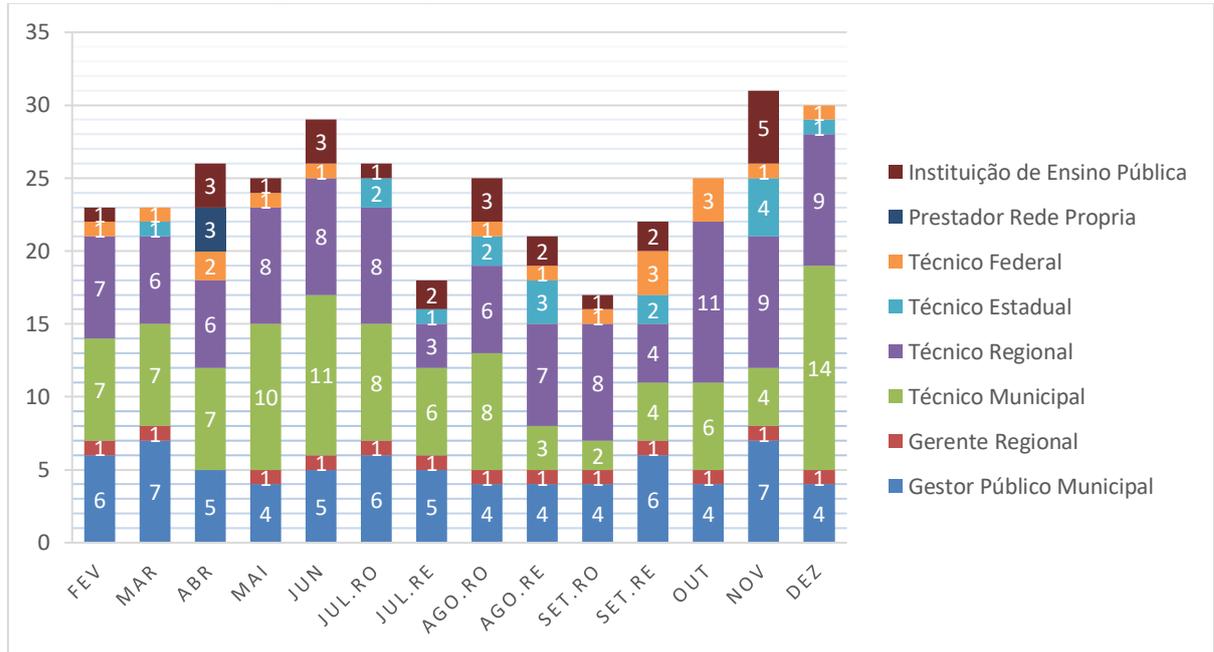
Estes quando se somam, apresentaram maior quantitativo de membros presentes nas plenárias do que aqueles atores formais com poder de voz e voto. Os autores justificam a presença desses atores como sendo necessários para o aprofundamento em temáticas objeto do processo de trabalho dos mesmos (SILVEIRA FILHO et al., 2016), logo, com maiores subsídios técnicos e de processo de trabalho podendo ampliar as reflexões sobre alternativas aos diversos empasses e demandas locais a efetivação do cuidado em saúde.

Ambos os contextos supracitados, referente as categorias encontradas como também a relação quantitativa entre membros formais e informais corroboram com os achados nas duas Regiões de Saúde aqui analisadas. Nestas, é enfatizado a necessidade de que os gestores municipais de saúde selecionem, de acordo com os assuntos presentes na pauta, aqueles técnicos municipais que conheçam mais profundamente a temática a ser discutida no colegiado, com destaque para atenção à saúde, vigilância e planejamento em saúde.

Há forte representatividade da categoria técnico regional e técnico municipal em ambas as Regiões de Saúde, esse contexto pode estar associado em parte a própria caracterização do conteúdo das pautas das reuniões que é proeminentemente de caráter informativa vinculadas a demandas burocráticas e administrativas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde (Gráfico 1 a 6).

Observou-se em ambas as Regiões de Saúde dificuldades de adesão do gestor público municipal as reuniões da plenária, tal realidade pode ser constatada ao se observar que na IX Região de Saúde, em todo o período analisado, não houve participação de 100% dos secretários municipais de saúde, o maior quantitativo de frequência alcançado foi de 10 gestores e o menor de 4, está última caracterizando uma reunião sem poder deliberativo. Na VIII Região de Saúde ocorreram reuniões com participação de 100% dos gestores municipais de saúde, ou seja, 7 gestores públicos municipais, e o quantitativo mínimo de 4 secretários municipais de saúde (Gráfico 1 a 6).

**Gráfico 1** – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias e extraordinárias na CIR da VIII Região de Saúde no ano de 2014, Pernambuco, 2018.

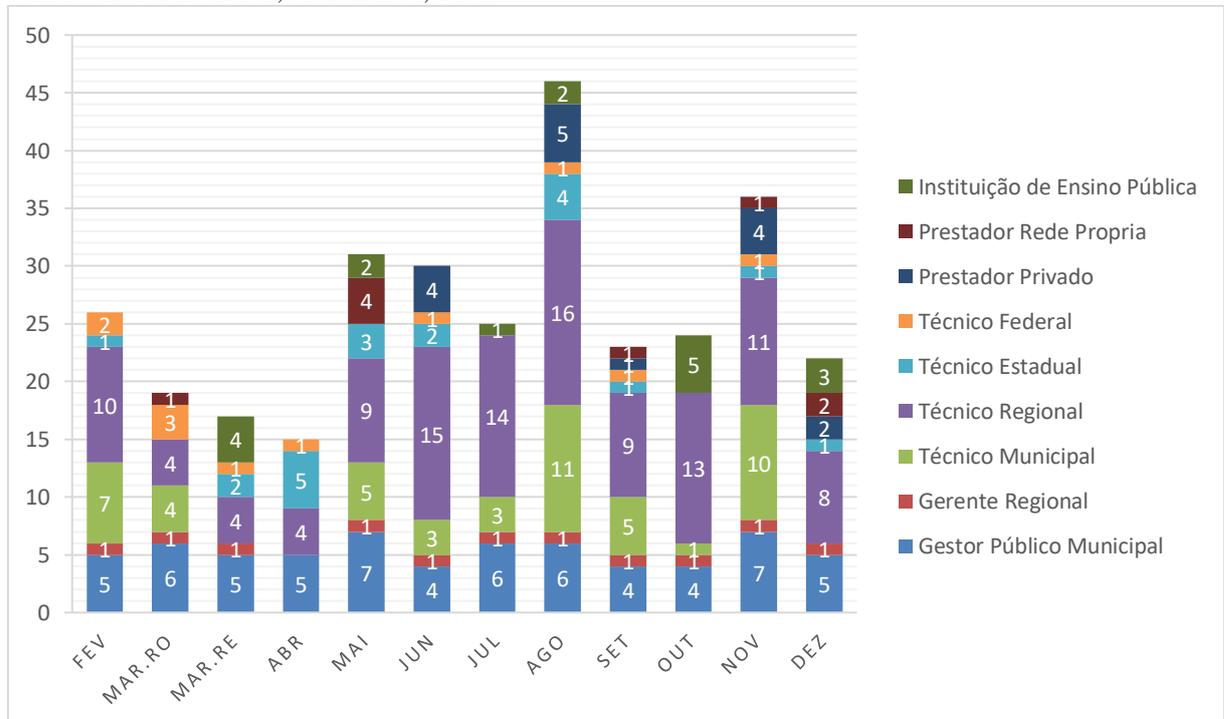


Fonte: o autor a partir das listas de frequência das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Nota: atores que não estiveram presentes: Prestador Privado, Instituição de Ensino Privado e Sociedade Civil.

Legenda: RO: Reunião Ordinária; RE: Reunião Extraordinária.

**Gráfico 2** – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias e extraordinárias na CIR da VIII Região de Saúde no ano de 2015, Pernambuco, 2018.

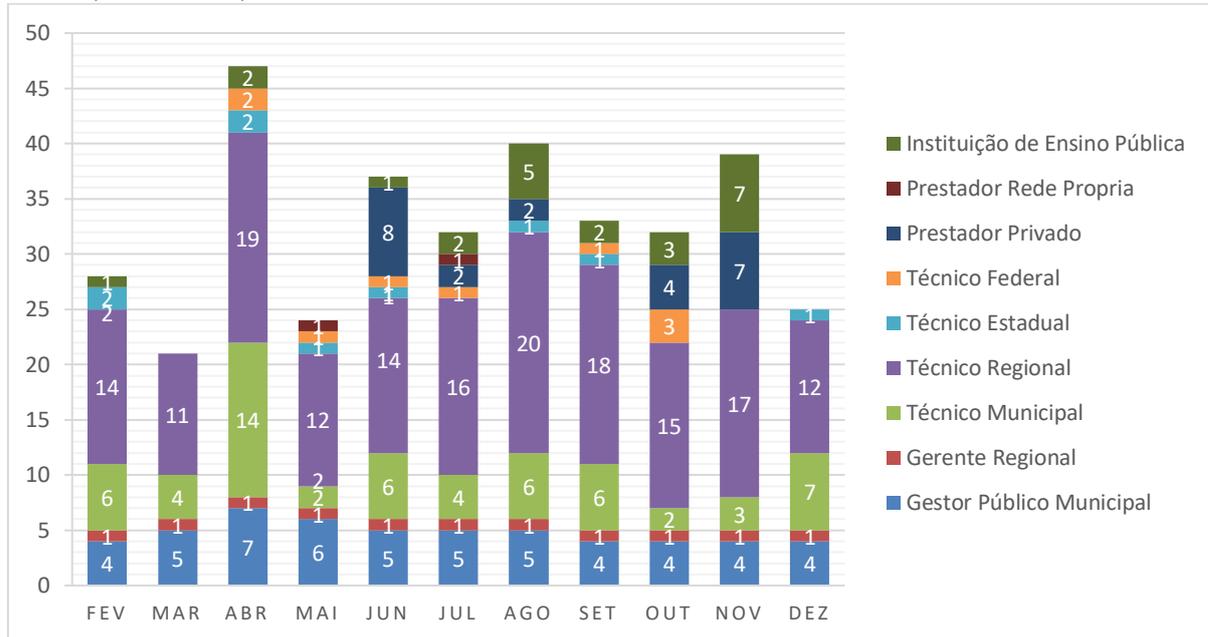


Fonte: o autor a partir das listas de frequência das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Nota: atores que não estiveram presentes: Sociedade Civil e Instituição de Ensino Privada.

Legenda: RO: Reunião Ordinária; RE: Reunião Extraordinária.

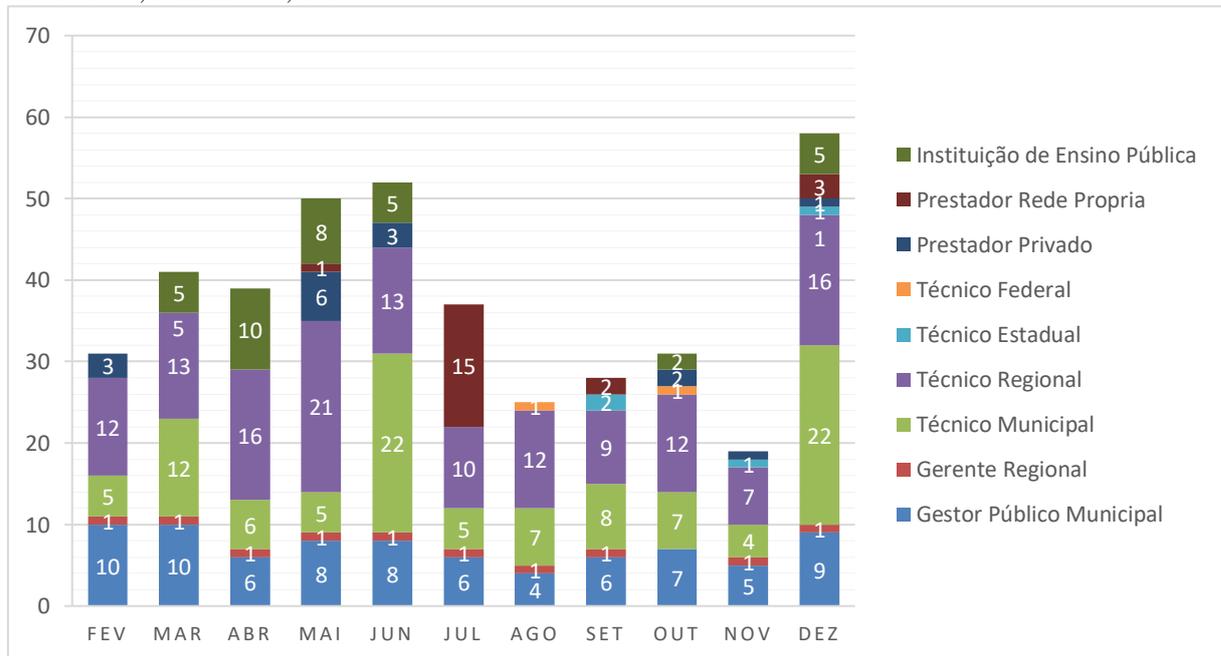
**Gráfico 3** – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias na CIR da VIII Região de Saúde no ano de 2016, Pernambuco, 2018.



Fonte: o autor a partir das listas de frequência das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Nota: Atores que não estiveram presentes: Sociedade Civil e Instituição de Ensino Privado.

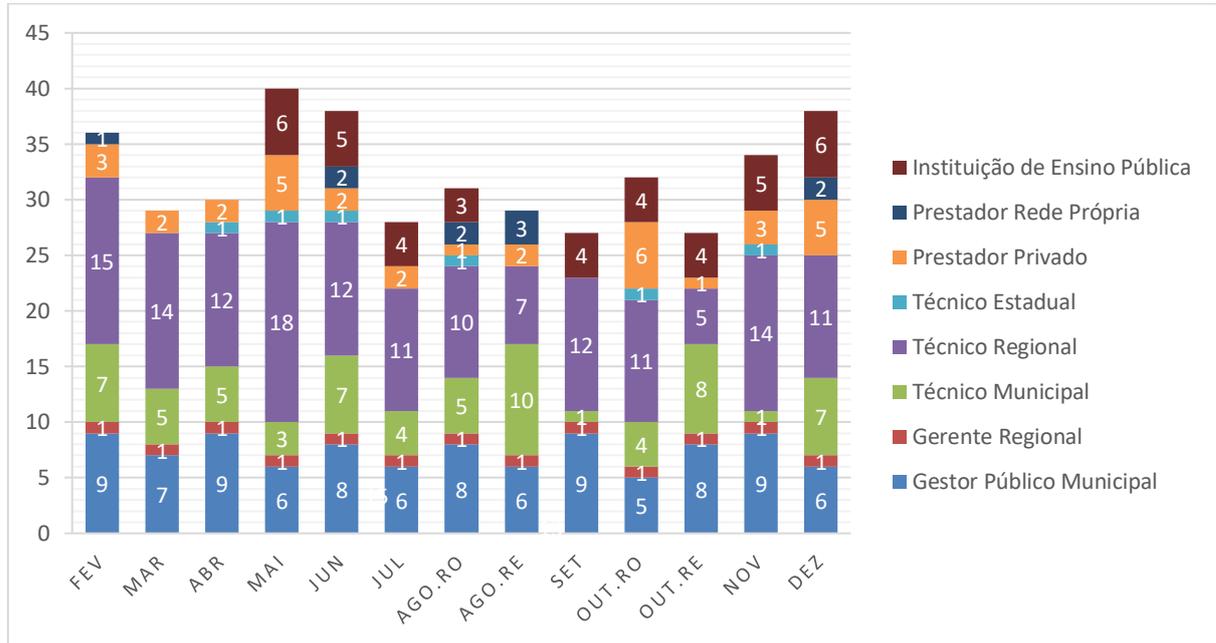
**Gráfico 4** – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias na CIR da IX Região de Saúde no ano de 2014, Pernambuco, 2018.



Fonte: o autor a partir das listas de frequência das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Nota: atores que não estiveram presentes: Sociedade Civil e Instituição de Ensino Privado.

**Gráfico 5** – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias e extraordinárias na CIR da IX Região de Saúde no ano de 2015, Pernambuco, 2018.

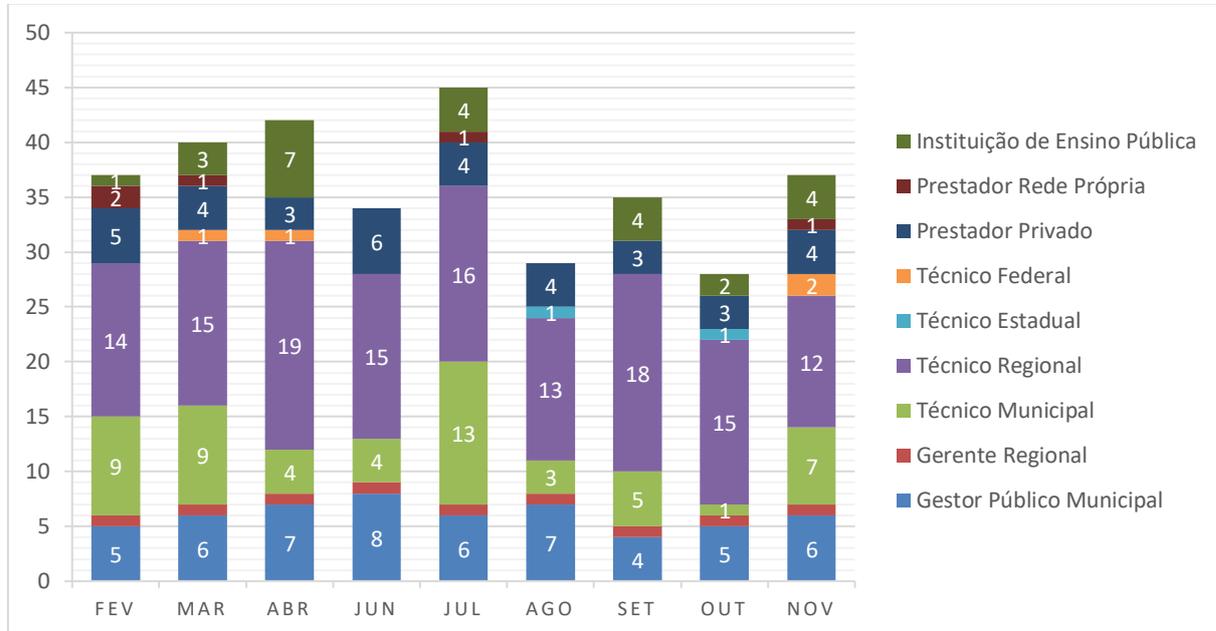


Fonte: o autor a partir das listas de frequência das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Nota: atores que não estiveram presentes: Técnico Federal, Sociedade Civil e Instituição de Ensino Privado.

Legendas: RO: Reunião Ordinária; RE: Reunião Extraordinária.

**Gráfico 6** – Caracterização dos atores presentes nas plenárias ordinárias na CIR da IX Região de Saúde no ano de 2016, Pernambuco, 2018.



Fonte: o autor a partir das listas de frequência das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Nota: atores que não estiveram presentes: Sociedade Civil e Instituição de Ensino Privado.

A baixa adesão, compreendida nesse estudo como as seguidas ausências e atrasos as reuniões da CIR, bem como, a própria participação limitada em demandas de aspecto regional, também foram evidenciados nos estudos de Santos e Giovanella (2014) e Vianna e

Lima (2013), segundo os autores esse fato têm indo de encontro as possibilidades de fortalecimento do processo decisório em um contexto de cooperação interfederativa.

Realidade distinta foi encontrada por Barrios (2009) ao realizar um estudo de caso partindo da análise da micropolítica e processo de trabalho do colegiado regional em uma Região de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no qual foi evidenciado mudanças cíclicas na frequência de gestores municipais as plenárias, entretanto, esses valores se mantiveram superiores a frequências das representações estaduais no colegiado.

A baixa adesão dos gestores públicos municipais no âmbito das Regiões de Saúde no qual esse trabalho se debruça, limitou as discussões e possíveis encaminhamentos da plenária, sendo necessário a retomada dos mesmos assuntos em reuniões no qual houvesse maior adesão de gestores municipais, sendo evidenciada a necessidade de maior frequência e participação dos gestores municipais pelo coordenador da plenária.

Como alternativa visando dirimir essa realidade é solicitada o envio de uma comunicação oficial sobre os motivos que levaram o secretário de saúde a se ausentar da reunião (IXRS-RO/n°08/13), ou ainda uma comunicação institucional aos prefeitos municipais sobre a frequência dos gestores públicos municipais as plenárias (IXRS-RO/n°03/16). Também é posicionado por gestores a dificuldade de deslocamento dos seus municípios de residência até o município sede da Região de Saúde para participação nas reuniões do colegiado (VIIRS-RO/n°67/15).

A análise da atuação de gestores municipais de saúde no processo de condução de uma política pública incluem reflexões sobre a própria autonomia, ou ainda, autonomia relativa conferida a esse ator social perante as demandas de atenção à saúde municipais. Pois, sob a perspectiva do financiamento da política de saúde há fortes limitações de atuação, por um lado da própria vinculação federal dos recursos e por outro pelo fato dos recursos próprios municipais já apresentarem-se fortemente vinculados ao pagamento dos recursos humanos (LIMA, 2005). De acordo com Elias (1996):

Vale destacar, dentre aqueles de relevância mais estrutural, a origem dos recursos empregados no financiamento da saúde, o caráter do sistema federativo brasileiro marcado pela ausência de mecanismos efetivos de cooperação entre as esferas de governo, a indefinição entre os diferentes níveis de governo no que concerne às atribuições na área da saúde, a tradição centralizadora do Estado brasileiro e sua repercussão no estamento burocrático federal e a situação financeira, administrativa e política de significativa parcela dos municípios que os coloca em situação de extrema dependência das outras esferas de poder, inabilitando-os, assim, técnica e administrativamente como beneficiários de uma efetiva descentralização da saúde.

Soma-se a esse contexto as prerrogativas referentes a natureza do vínculo

empregatício do gestor que, semelhante as diversas categorias e funções na gestão pública, são destituídos de uma política de gestão do trabalho (ALMEIDA, 2016), e ainda permeados pelas influências do poder executivo municipal, o qual apresenta um mandato eletivo e poder de sancionar as decisões dos secretários municipais de saúde (LOTUFO; MIRANDA, 2007).

Para Santos e Giovanella, (2014), a baixa autonomia dos gestores municipais de saúde em relação ao executivo municipal tem influenciado as decisões e posicionamentos dos mesmos no contexto do planejamento de cunho regional, no qual observa-se maior ênfase e participação em discussões restritas as barreiras político-administrativas municipais do que as temáticas de regionalização. Nesse panorama, é válido a realização de estudos, sob a perspectiva qualitativa, que se aprofundem sobre as compreensões de autonomia dos gestores municipais de saúde no âmbito dos processos de negociações no arranjo das Regiões de Saúde.

Na categoria referente a relação quantitativa entre pautas de caráter informativas e pautas que envolvem deliberações, evidenciou-se que em ambas as regiões de saúde analisadas a caracterização do espaço da CIR é como um ambiente de comunicação e orientação dos atores regionais, principalmente aos secretários municipais de saúde e técnicos municipais quanto a leis e portarias ministeriais ou estaduais que demandam dos atores locais o cumprimento de determinadas ações, já o não cumprimento, geralmente se associa a diminuição ou interrupção de transferências de recursos (Quadro 8 e 9).

**Quadro 8** - Relação quantitativa entre pautas informativas e deliberações - VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2018.

<i>Ano</i>	<i>Categoria</i>	<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Abr</i>	<i>Jul</i>	<i>Jul.RE</i>	<i>Ago</i>	<i>Set</i>	<i>Out</i>			
2013	<i>Inform.</i>	13	13	14	16	2	0	15	9			
2013	<i>Delib.</i>	1	1	4	1	1	3	0	0			
		<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Ago</i>	<i>Set</i>	<i>Set.RE</i>	<i>Out</i>	<i>Nov</i>	
2014	<i>Inform.</i>	14	12	9	16	9	1	1	12	13	8	
2014	<i>Delib.</i>	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	
		<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Ago</i>	<i>Set</i>	<i>Out</i>	<i>Nov</i>		
2015	<i>Inform.</i>	11	10	11	6	10	14	14	10	9		
2015	<i>Delib.</i>	0	1	0	1	1	0	0	0	4		
		<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Ago</i>	<i>Set</i>	<i>Out</i>	<i>Nov</i>	<i>Dez</i>
2016	<i>Inform.</i>	12	14	15	14	20	14	15	12	12	12	10
2016	<i>Delib.</i>	3	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: o autor a partir das atas das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Legenda: RE: Reunião Extraordinária. Elaboração do autor.

Tal cenário, no qual a CIR tem se caracterizado como ambiente informativo em detrimento do deliberativo, também foi um achado presente no estudo de Kishima, Zanatta e Escrivão Júnior (2012) ao analisarem as relações interfederativas partindo da análise documental das atas e de entrevistas com atores estratégicos de um Colegiado de Gestão

Regional em São Paulo. Os autores elucidaram que no recorte temporal estabelecido para o estudo, de 2007 a 2010, 60% do conteúdo das pautas eram informativas e a compressão do “caráter predominante das reuniões é informativo” esteve presente no discurso dos entrevistados pelos pesquisadores.

**Quadro 9** - Relação quantitativa entre pautas informativas e deliberações - IX Região de Saúde, Pernambuco, 2018.

<i>Ano</i>	<i>Categoria</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Ago</i>	<i>Set</i>	<i>Set.RE</i>	<i>Out</i>	<i>Nov</i>	<i>Dez</i>			
2013	<i>Inform.</i>	14	13	9	5	4	12	1	11	5	11			
2013	<i>Delib.</i>	0	3	1	1	0	0	1	1	0	0			
		<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Set</i>	<i>Nov</i>	<i>Dez</i>				
2014	<i>Inform.</i>	5	3	14	16	5	14	10	3	10				
2014	<i>Delib.</i>	0	0	0	0	0	1	0	0	0				
		<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Ago</i>	<i>Ago.RE</i>	<i>Set</i>	<i>Out</i>	<i>Out.RE</i>	<i>Nov</i>	<i>Dez</i>
2015	<i>Inform.</i>	7	9	10	10	6	7	8	0	8	12	3	11	7
2015	<i>Delib.</i>	0	0	1	2	0	2	0	1	0	1	0	0	2
		<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Ago</i>	<i>Set</i>	<i>Out</i>	<i>Nov</i>	<i>Dez</i>		
2016	<i>Inform.</i>	14	12	9	8	9	14	9	10	9	8	6		
2016	<i>Delib.</i>	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0		

Fonte: o autor a partir das atas das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Legenda: RE: Reunião Extraordinária. Elaboração do autor.

Apesar do forte potencial do espaço da CIR como ambiente de estreitamento das relações interfederativas entre os gestores municipais e seus demais atores locorregionais, e do posicionamento estratégico que o compartilhamento de informações tem para estimular a horizontalidade das relações interfederativas com vistas a alcance dos objetivos propostos no planejamento da política de saúde (SERPA, 2013), deve-se compreender que o espaço da CIR, também é espaço de decisão colegiada, não devendo essa atribuição, por fatores estruturais da não descentralização de recursos de poder para se negociar regionalmente, dirimir o potencial de discussão e planejamento sob a ótica da Região de Saúde.

Salienta-se ainda que, tais demandas verticais as duas Regiões de Saúde estudadas estão orientadas sob a perspectiva da administração pública municipal e não sob a ótica de ações e etapas a serem cumpridas pelo conjunto dos atores regionais sob uma diretriz de solidariedade e cooperação intra Região de Saúde, o que, quando soma-se aos achados de categorias supracitadas nesse estudo, evidencia o caráter indutor que as demandas verticais (advindas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde) sob a ótica exclusiva e isolada do município tem sob a fragilização do pensamento e planejamento sobre a perspectiva da Região de Saúde.

No tocante as deliberações, menos frequentes, quando estas ocorrem versam sobre: a implantação e redistribuição intra-regional de leitos de retaguarda, na perspectiva da

distribuição de cotas por município; aprovação de relatório/atas da Comissão Intergestores Regional; formação e alteração de Grupos Condutores (GC); avaliação de projetos de implantação de serviços na atenção básica; ainda, seleção de temáticas específicas para a estruturação de cursos de educação permanente, apesar de se restringirem a abordagens sob a perspectiva da educação continuada.

No âmbito da atenção primária a saúde, compreendida por Kuschnir e Chornya (2010), a luz do Relatório de Dowson (1920), como os Centros Primários, estes são considerados como o núcleo do sistema onde os profissionais de saúde desenvolvem suas atribuições em um contexto de “comunicação completa e recíproca” entre este e os níveis secundários de atenção à saúde, localizados por sua vez em territórios/cidades com maior densidade de redes de serviços e de redes de comunicação viária. De forma alinhada as diretrizes citadas, o Ministério da Saúde brasileiro compreende a atenção primária/básica como o ponto estratégico da Rede de Atenção à Saúde, considerada como porta de entrada preferencial e coordenadora do “caminhar” do paciente entre os pontos de atenção a saúde (BRASIL, 2017).

Apesar das diretrizes amplamente discutidas nos marcos teóricos e normativos das Redes de Atenção a Saúde, a mesma, no âmbito das duas Regiões de Saúde analisadas têm suas discussões na CIR em duas principais perspectivas, uma indireta referente a realização de eventos associados a Política de Educação Permanente, que se limitam na prática a capacitações pontuais visando qualificar a atenção a saúde prestada pelos profissionais da atenção básica; e a análise de projetos de ampliação de serviços, mais associado ao ritual burocrático necessário para aprovação da proposta, no qual ocorre a homologação, do que propriamente a discussão e pactuação sobre a coordenação do cuidado no âmbito regional pela atenção básica.

Essa realidade também foi evidenciada no estudo de Santos (2013), ao analisar a gestão do cuidado em uma microrregião do estado da Bahia, no qual pode-se observar a ausência de debates no âmbito do planejamento regional do cuidado, partindo da ESF, soma-se ainda o posicionamento da atenção básica nessa Região de Saúde como uma atribuição exclusiva dos municípios, sendo os poucos momentos de discussão na CIR associados aos ritos burocráticos de homologação de propostas de ampliação dos serviços.

Nessa mesmo panorama salienta-se o estudo de Almeida et al. (2016) que buscou analisar as estratégias da Comissão Intergestores Regional para a integração do cuidado a saúde em um contexto de rede, tendo como foco a atenção básica, e para tal utilizando-se da técnica da análise documental, observação não participante e entrevistas com gestores/gerentes. A pontualidade e limitação das discussões no colegiado sobre a atenção

básica foi justificado pelos respectivos autores como sendo devido ao alcance, pelos municípios da Região de Saúde analisada, de elevadas taxas de cobertura da atenção básica, cumprindo dessa forma “metas” institucionais de cobertura, ficando esse tema preterido, por exemplo e contraditoriamente, a implantação das redes de serviços de saúde.

Tal descompasso, no qual as discussões na CIR são voltadas, principalmente, para a implantação de pontos de atenção à saúde ou ações de saúde que contemplam a possibilidade de incremento de recursos (serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar e aqueles sob a perspectiva da educação continuada), não sendo encontrada realidade semelhante quanto as discussões sobre o processo de trabalho da atenção básica, agora, sob a perspectiva das diretrizes da RAS, evidencia a fragilidade no planejamento em âmbito regional e na definição de linhas de cuidado que se aproximem mais da possibilidade de alcance dos objetivos sanitários e humanos do cuidado em saúde.

A dificuldade de inclusão da temática da atenção básica, seja pela indução da portaria ministerial da Rede Cegonha que não contempla discussões mais amplas e integrativas da atenção básica aos diversos pontos de atenção à saúde, seja pela própria lacuna técnica dos atores envolvidos no âmbito regional, repercute diretamente sobre a continuidade do cuidado entre os diversos serviços da rede, especialmente para aquelas gestantes que são classificadas pelo médico da Estratégia de Saúde da Família como de risco gestacional intermediário ou alto risco. Logo, necessitando de consultas e exames prestados por serviços distantes não só geograficamente da Unidade Básica de Saúde, mas também sem uma comunicação dinâmica sobre as decisões terapêuticas entre os profissionais de saúde.

Trazer para ao CIR, as discussões sobre o processo de trabalho na atenção básica, no âmbito do cuidado materno e infantil, pode conseqüentemente dirimir as diversas barreiras de comunicação entre os pontos de atenção à saúde que apresentam características de cuidado distintas, como os serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, com vistas a um cuidado a mulher e criança mais próximo das necessidades de saúde que demandaram o serviço e com melhores possibilidades de alcance dos resultados sanitários estabelecidos para o respectivo caso. Além disso, para Almeida et al. (2016):

A CIR poderia representar um espaço de planejamento e pactuação da qualidade da oferta dos serviços de primeiro contato, além de compartilhar mecanismos de fortalecimento da clínica e do processo de trabalho dos profissionais da ESF para minimizar os encaminhamentos e os gastos “desnecessários” para serviços de maior densidade tecnológica.

A atenção básica, pode representar um objeto de discussão e negociação

potencialmente fomentador da ruptura das barreiras tradicionais de planejamento exclusivamente sob a perspectiva municipal, pois, apesar de toda a influência regulatória do Ministério da Saúde sobre esse nível de atenção, ainda estão presentes algumas atribuições residuais relacionadas ao processo de trabalho das equipes, linhas de cuidado, mecanismos inovadores regionais de comunicação entre serviços, passíveis de serem reorientados a partir das compreensões e decisões dos gestores públicos municipais em consonância com os demais atores locais regionais.

A Câmara Técnica, Comissão de Integração Ensino Serviço, Secretaria Executiva e a Plenária formam a estrutura organizativa da Comissão Intergestores Regional, segundo os regimentos internos da CIR das duas Regiões de Saúde. A respectiva estrutura organizativa também foi evidenciada por Santos (2013) em uma Região de Saúde da Bahia, todavia, não constava na descrição do autor a presença da CIES.

Já no trabalho de Vianna e Lima (2013), em uma Região de Saúde do Rio de Janeiro, a estrutura organizativa da CIR incluía somente a Plenária, Câmara Técnica e Grupo de Trabalho, não havendo relatos da presença da Secretaria Executiva, como componente integrante da CIR. Ainda, houve relato da presença de uma CIES na Região de Saúde, entretanto, está não foi posicionada pelos autores como parte integrante da CIR (VIANNA; LIMA, 2013). A CT apresenta um conjunto de funções que podem ser polarizadas em dois domínios principais, um referente ao apoio no processo de trabalho da CIR e outro de aspecto técnico facilitador e orientador das discussões e negociação no colegiado. Quanto ao segundo domínio, destaca-se as seguintes atribuições:

[...] coordenar, propor, acompanhar e avaliar os trabalhos das Comissões Temáticas e grupos de trabalho; ainda, desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar o Plenário da CIR na discussão da política no âmbito do SUS; e a formulação de propostas de estratégias para implementação das políticas do SUS.

Já a CIES, segundo o documento em tela, apresenta-se como espaço de caráter permanente e consultivo para a estrutura organizativa da CIR regional, fornecendo subsídios no apoio ao desenvolvimento de estratégias de Educação Permanente em consonância com as necessidades locais regionais de formação em saúde dos profissionais. Assim, o processo de coleta, tratamento e análise dos dados referentes as essas duas instâncias partiu da compreensão do papel estratégico que as mesmas apresentam quanto ao apoio ao processo de governança regional desenvolvido na Região de Saúde. Somado ao posicionamento de Mendes et al. (2015) que afirmam que:

[...] a permanência e/ou existência de equipes técnicas comprometidas com a coisa pública e competentes têm sido fator de manutenção de pactos estabelecidos, e até mesmo garantia da qualidade dos processos em curso nas regiões.

Nessa perspectiva, as atribuições da CT aproximar-se-iam da função conhecida no âmbito da administração de projetos como a do gestor do projeto, ou seja, aquele profissional, órgão ou instituição, responsável pela proposição técnica e condução estratégica da política ou programa, de acordo com o planejamento (GRANJA, 2010). A luz dessas compreensões, pode-se evidenciar forte semelhança entre os achados empíricos referentes as duas CT's, em ambas as Regiões de Saúde analisadas. Na subcategoria “forma de atuação” os achados comuns foram a “Estruturação e avaliação de projetos de expansão de serviços municipais” e “Apoio técnico ao processo de negociação da CIR”.

Diferencia-se na IX RS o apoio que a CT tem dado a organização dos instrumentos de planejamento municipais, a saber: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. No âmbito das fragilidades salienta-se em ambas as CT's a “Baixa adesão e participação dos técnicos municipais”, e no contexto da VIII RS foi levantado também as discussões sobre a “Elevada rotatividade dos membros”, salientado pelos atores como uma barreira a aproximação do processo de trabalho dessa instância aos objetivos estabelecidos (Quadro 10).

**Quadro 10** – Principais achados empíricos da atuação da Câmara Técnica no processo de governança na Comissão Intergestores Regional na VIII e IX Região de Saúde, Pernambuco, 2018

<i>Principais achados empíricos</i>	
<i>VIII Região de Saúde</i>	<i>IX Região de Saúde</i>
<p><b>Forma de atuação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estruturação e avaliação de projetos de expansão de serviços municipais;</li> <li>- Apoio técnico ao processo de negociação da CIR;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>• Principais fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevada rotatividade dos membros;</li> <li>- Baixa adesão e participação dos técnicos municipais;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>• Principais potencialidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreensão da necessidade da CT para a atuação da CIR;</li> <li>- Readequação/reestruturação de projetos após as considerações da CT;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>• Forma de atuação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estruturação e avaliação de projetos de expansão de serviços municipais;</li> <li>- Apoio técnico ao processo de trabalho da CIR;</li> <li>- Apoio a estruturação dos instrumentos municipais de Planejamento em Saúde;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>• Principais fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa adesão e participação dos técnicos municipais;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>• Principais potencialidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreensão da necessidade da CT para a atuação da CIR;</li> </ul>

Fonte: o autor a partir das atas das plenárias ordinárias e extraordinárias.

No âmbito das potencialidades, foi observado nos diversos relatos das atas das CIR, em ambas as Regiões de Saúde, a “Compreensão da necessidade da CT para a atuação da CIR”, estas falas estiveram presentes em pontuações feitas pelos técnicos e gestores municipais como também por membros das estrutura administrativa da GERES. Diferencia-se

na VIII RS as reorientações que foram realizadas nos projetos após a análise e considerações da CT, evidenciado na subcategoria “Readequação/reestruturação de projetos após as considerações da CT” (Quadro 10).

Apesar da vasta produção científica debruçando-se sobre a análise da governança regional, em abordagens com maior orientação estrutural e outras de análises da dinâmica, observa-se pouca ênfase ao aprofundamento sobre a CT no apoio as discussões e negociações da CIR. Assim, os estudos referem-se: ao caráter intermitente de atuação da Câmara Técnica fragilizando a proposição de estratégias as diversas demandas da CIR (SANTOS; GIOVANELLA, 2014); implantação de uma CT concomitantemente a da CIR, entretanto, sem relatos de atuação e participação da CT no apoio a primeira (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015); CT como espaço estratégico para o fortalecimento do processo de trabalho nas Regiões de Saúde, principalmente naquelas no qual o processo de regionalização encontra-se incipiente (MENDES et al, 2015); CT apresentando papel estratégico sobre a condução da política de saúde por meio da CIR (VIANNA; LIMA, 2013).

Os diversos cenários supracitados referentes a análise, mesmo que não aprofundada, do processo de trabalho da CT em apoio técnico ou organizativo para a CIR, evidencia uma heterogeneidade nos níveis de maturação dessas duas instâncias imbricadas na governança regional em saúde. Realidade também presente no âmbito das duas Regiões de Saúde em tela nesse estudo. No qual, tem-se a implantação mais estruturada da CIR, ficando a CT como uma estrutura ainda em segundo plano.

Questiona-se, aqui, se essa conformação não apresenta relação direta com a indução federal através do Decreto 7.508 da necessidade do fluxo ascendente de análise dos projetos que buscam a ampliação das ações e serviços de saúde impreterivelmente, partindo do nível local representados pelos municípios em seus respectivos colegiados regionais (BRASIL, 2011).

O que por sua vez, induziu a instituição dos respectivos espaços de governança para cumprimento da prerrogativa burocrática ministerial, todavia, dissociado do planejamento de uma proposta de regionalização solidária e focada nas necessidades de saúde locorregionais, que tem como loco estratégico de proposição a Câmara Técnica.

Soma-se a esse contexto a própria atuação da CT na orientação sobre os diversos instrumentos de planejamento municipais de saúde, como o Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Gestão (PAG) e Relatório Anual de Gestão (RAG), sem ampliação da pauta para o contexto de Região de Saúde.

Ainda, no âmbito da CIR, a heterogeneidade dos graus de maturação do processo de

governança tem sido associados, em parte, as características socioeconômicas e de complexidade da rede de serviços de saúde presentes nos territórios, partindo da seguinte relação: aquelas regiões de saúde mais desenvolvidas economicamente e com maior complexidade da rede de serviços de saúde apresentam maiores capacidades de condução da política pública de saúde através de uma governança regional mais atuante e estruturada, sendo a relação contrária também verdadeira (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Especificamente no âmbito das duas Regiões de Saúde, os achados empíricos evidenciam que, apesar das diferenças socioeconômicas entre as mesmas, no qual a VIII Região de Saúde, se destaca como pólo da fruticultura, comercio e educação (Quadro 1) do Vale do São Francisco, não observa-se diferenças entre ambas no processo de institucionalização dos espaços de governança e de suas estruturas de apoio. Surgindo a necessidade de compreensão mais aprofundada sobre o processo de início da regionalização no estado de Pernambuco, principalmente, sobre as perspectiva dos fatores condicionantes e estruturantes do mesmo. Partindo da compreensão de que, as diferenças socioeconômicas, para as regiões de saúde analisadas, não apresentou-se como um fator determinante de maior maturidade institucional dos espaços de decisão colegiada e das instâncias de apoio a mesma.

Na perspectiva da CIES Regional, o processo de trabalho, fragilidades e potencialidades apresentam-se de forma semelhante entre as duas Regiões de Saúde analisadas. Ênfase deve ser dada ao caráter de autonomia que essas instâncias apresentaram em deliberar sobre o planejamento da execução dos recursos vinculados e descentralizados da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco. Dessa forma, contribuindo para a proposição de estratégias de educação para os trabalhadores dos serviços de saúde, que apesar do caráter de educação continuada, foram adaptadas as demandas locorregionais de saúde (Quadro 11).

**Quadro 11** – Principais achados empíricos de atuação da Comissão de Integração Ensino Serviço no processo de governança na Comissão Intergestores Regional na VIII e IX Região de Saúde, Pernambuco, 2018.

<i>Principais achados empíricos</i>	
<i>VIII Região de Saúde</i>	<i>IX Região de Saúde</i>
<p><b>Forma de atuação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de cursos de educação continuada em conformidade com o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS);</li> </ul> <p><b>Principais fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa adesão e participação dos técnicos municipais;</li> </ul> <p><b>Principais potencialidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resposta as demandas de formação em saúde locorregionais;</li> </ul>	<p><b>Forma de atuação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de cursos de educação continuada em conformidade com o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS);</li> </ul> <p><b>Principais fragilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa adesão e participação dos técnicos municipais;</li> </ul> <p><b>Principais potencialidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptação de processo de trabalho da CIES a demanda regional;</li> <li>- Resposta as demandas de formação em saúde locorregionais;</li> </ul>

Fonte: o autor a partir das atas das plenárias ordinárias e extraordinárias.

Como pode ser visto nas estratégias desenvolvidas, a saber: vigilância epidemiológica para a atenção primária; atualização em coleta de material citopatológico para enfermeiras dos PSF's; capacitação em saúde mental para equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (IXRS-RO/nº04/13) e ainda realização de eventos como a “Mostra de Experiências e Saberes em Saúde” alinhado com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), no qual teve o objetivo de apresentação e troca de experiências e saberes associados ao cuidado em saúde desenvolvidos pelos municípios da Região de Saúde (VIIIIRS-RO/nº60/14).

Quanto ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), última categoria relacionado ao primeiro objetivo do estudo em tela, o mesmo foi instituído mediante o decreto 7.508, como um “acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde”, ainda, segundo esse marco legal o objeto do COAP “é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde” (BRASIL, 2011; OUVENEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Para Santos e Campos (2015) esse instrumento norteador do pacto federativo apresenta-se como sendo estratégico no planejamento em saúde locorregional, pois, tende a dirimir as fronteiras da competitividade interfederativa ao fortalecer a cooperação e solidariedade entre entes federados, mediante a corresponsabilização pelo cuidado a saúde da população da Região de Saúde.

Nesse panorama, de acordo com os atores da estrutura organizativa da CIR entrevistados e as atas de reuniões da Plenária, foi evidenciado que, para a IX Região de Saúde não houve assinatura do COAP, apesar da ocorrência de oficinas regionais de discussão sobre esse instrumento no ano de 2012 e em oficinas macrorregionais em 2013. Na VIII Região de Saúde os responsáveis pela estrutura organizativa da CIR não souberam afirmar sobre a situação atual do COAP, apesar de existirem relatos nas atas da CIR de discussões para definição de um Grupo Condutor do COAP (VIIIIRS-RO/nº47/13), formação essa induzida pela Secretaria Estadual de Saúde, entretanto sem indícios de formalização do acordo.

Observa-se que a ação pública nas Regiões de Saúde analisadas não são orientadas por um único instrumento pactuado entre os gestores e atores locorregionais, persiste todavia, uma série de instrumentos municipais de planejamento em saúde que, de acordo com a análise documental, não são objeto de monitoramento de execução e avaliação da plenária regional,

somente são citados de forma cíclica como requisitos obrigatórios administrativos para os municípios. A perspectiva mais próxima de um planejamento regional evidencia-se nas discussões do Pacto pela Saúde, frequentemente presente nas discussões do colegiado, onde são discutidos os indicadores de saúde prioritários para o estado de Pernambuco.

Tais indicadores são apresentados por município, sendo apresentado o score total da Região de Saúde, em momentos pontuais as discussões aprofundam-se sobre as principais estratégias que cada município de forma isolada pode lançar mão para responder a situação sanitária evidenciada.

A organização da ação pública da Região de Saúde mediante o COAP, seguiu caminhos diferentes nos diversos estados da federação, englobando cenários de “avanços, estagnação e retrocessos” evidenciando que as diretrizes das políticas nacionais apresentam percursos singulares em cada estado da federação, apesar das possíveis sanções referentes as limitação de transferências de recursos da União que podem ocorrer (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Tal contexto têm estado associado a fatores contidos em três domínios distintos e fortemente imbricados, a saber: estruturais, relacionados ao desenvolvimento socioeconômico e autonomia fiscal e sob a rede de serviços de saúde, no qual aquelas regiões com municípios que apresentam essas características mais desenvolvidas tendem a acionar os demais municípios somente em caráter consultivo, não se aprofundando sob a ótica da interdependência na busca pela integralidade na assistência a população (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Ainda, têm-se os fatores institucionais, contidos no âmbito do amadurecimento da solidariedade interfederativa acumulada no contínuo histórico, associado a instituição de espaços de decisão onde há clareza de regras e corresponsabilização; e ainda os políticos, referentes as relações de poder entre os atores em posição de destaque na política de saúde, como as direções estaduais e municipais, principalmente em cenários onde a regionalização e as estratégias de integração dos serviços de saúde regionais sejam prioritários na agenda governamental (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

As fragilidades evidenciadas na ampliação das barreiras de planejamento do âmbito municipal para o da Região de Saúde apresenta-se de etiologia multicausal, todavia, deve-se salientar o papel indutor que a Secretaria Estadual de Saúde apresenta sobre as políticas e estratégias de saúde a serem demandas pelas regiões de saúde. Em Pernambuco, em estudo de Santos et al. (2015) evidenciou o desarmonia de estratégias realizadas no contexto da regionalização, no qual, ocorreu a implantação das Comissões Intergestores Regionais,

todavia, desalinhado a uma descentralização de recursos financeiros, principalmente sob a perspectiva dos recursos para a atenção básica, ou seja, uma redistribuição de poder limitada sem real indução de maior autonomia decisório pelos entes federados municipais em saúde.

Soma-se a esse contexto a maior capacidade técnica e amadurecimento político-administrativo do ente federado estadual, no qual o tem posicionado como prestador principal de serviços de saúde, evidenciado através da centralização que existe nas Regiões de Saúde dos serviços de Média e Alta Complexidade sob administração direta ou indireta do governo do estado. Limitando, dessa forma, o monitoramento, avaliação e reorientação do cuidado a saúde pelos gestores regionais de acordo com as perspectivas sanitárias locais.

Destarte, observa-se no contexto da caracterização da institucionalidade da CIR em ambas as Regiões de Saúde, significativo avanço quanto a regularidade de reuniões baseadas em regras claras expressos pelo Regimento Interno, com heterogeneidade de atores nas plenárias incluindo a coordenação da dinâmica de governança regional pelo ente estadual, implantação e atuação das Câmaras Técnicas e Comissões de Integração Ensino Serviço em apoio as discussões da plenária, fatores estruturais que se somam como um fomentador do amadurecimento da prática de discussão entre os atores locais, principalmente na região do sertão de Pernambuco, historicamente e conjuntamente distante do locus de planejamento em saúde, presente na região metropolitana do estado.

Todavia, a espaço dos colegiados têm sido permeado pela lógica do processo de condução da política de saúde a partir do recorte municipal, associado aos rituais administrativos como cumprimento a orientação democrática do Sistema Nacional de Saúde da democratização do processo decisório, porém desarticulado de uma planejamento regional, o que também pode ser evidenciado pela incipiente concretização do COAP, em ambas as Regiões de Saúde.

Há, ainda, pontuais atuações em um contexto de interdependência interfederativa, no qual se destaca aquelas pautas relacionadas a política de Educação Permanente, que no contexto de Pernambuco, houve a descentralização dos recursos para as Regiões de Saúde implementarem de acordo com suas demandas territoriais, o que evidencia a necessidade de que a descentralização de poder decisório esteja associado ao de recursos financeiros para fazer frente, e ainda, legitimar, as decisões e pactuadas entre os gestores regionais.

## **7.2 Descrição do conteúdo objeto da governança regional das Comissões Intergestores Regionais no âmbito da Rede Cegonha**

A compreensão sistematizada sobre o como a temática da saúde materna e infantil é posicionada nas reuniões do colegiado regional, a partir da análise documental das atas da CIR, evidencia um cenário onde o caráter informativo destas é proeminente (Quadro 12 e 13). Dessa forma, estando alinhada aos resultados anteriormente apresentados nesse estudo sobre a relação quantitativa entre pautas deliberativas e pautas informativas, no qual a primeira, em todo o recorte temporal analisado se destacou quantitativamente maior. As pautas deliberativas estiveram, em ambas as Regiões de Saúde analisadas, envolvidas com o PAREPS, ou ainda, na perspectiva de mudanças relacionados aos acesso regulado aos serviços de saúde (Quadro 14).

Destaca-se, nesse cenário, a participação proeminentemente dos Técnicos regionais partindo da análise dos indicadores de atenção à saúde e de morbimortalidade materna e infantil contidas no âmbito da Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde e Regulação assistencial. Soma-se ainda, como ator locorregional em destaque como disparador e condutor de pautas, o gestor da GERES com discussões acerca dos indicadores do Pacto pela Saúde, frequente nas reuniões em ambas as Regiões de Saúde, seguidos pelo prestador privado, referência regional de média complexidade ambulatorial e hospitalar, salientando sobre o processo de trabalho, fluxos, e produção da unidade (Quadro 12 e 13).

As contribuições dos gestores municipais e seus técnicos municipais se posicionam de forma pontual, quando solicitados a explanar ao colegiado as particularidades do cuidado a saúde demandado a gestante e criança no seu município ou ainda estes são acionados visando a condução de informação até os profissionais do município sobre as informações compartilhadas no colegiado (Quadro 12 e 13).

Excetua-se dessa realidade, no âmbito da IX Região de Saúde, a gestora de um município de pequeno porte, que apresenta uma longa trajetória na gestão pública e participa de outras instâncias de decisão no cenário estadual, no qual há proatividade, tanto sugerindo alternativas gerenciais quanto cobrando dos demais entes federados, municipais e estaduais, contrapartidas anteriormente pactuadas ou presentes em instrumentos normativos. Realidade diferente encontrada no estudo de Kishima, Zanatta e Escrivão Júnior (2012) que evidenciaram os municípios de pequeno porte “são menos participativos e trazem poucas discussões técnicas para o Colegiado”.

O protagonismo dos atores vinculados a estrutura administrativa do estado e da Gerência Regional de Saúde na proposição, condução, indução de pautas nas reuniões de colegiados regionais tem sido evidenciado em estudos que se aproximam da perspectiva de análise da governança regional em saúde.

Para Barrios (2009), o cenário de maior protagonismo dos atores vinculados a estrutura administrativa estadual no colegiado regional está vinculado a dois contextos imbricados a ponto de suas fronteiras se tornarem turvas, primeiro o “formato do fórum” regional, no qual têm-se uma estrutura administrativa descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde, segundo pelo caráter “centralizador” da política de saúde que se reflete diretamente na pauta de discussões a serem incluídas nas reuniões da plenária regional.

Discute-se saúde materna e infantil tendo como disparador principal a avaliação e monitoramento que são realizados pelos Técnicos regionais dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil e dos indicadores de atenção à saúde contidos no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP) e Pacto pela Saúde, conduzidos pelo setor da Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde e gerente da GERES, respectivamente, em ambas as Regiões de Saúde.

Tal cenário de indução do ente estadual em saúde na pauta de discussão locorregional também foi evidenciado por Vianna e Lima (2013), no qual soma-se além do ente federado estadual, influências federais abarcadas nas demandas estaduais, como também demandas municipais e locorregionais. Salienta-se que as ações em saúde voltadas a mulher no ciclo gravídico-puerperal e criança até os 24 meses de idade não são tratadas pelos atores locorregionais como fazendo parte da Rede Cegonha.

**Quadro 12** – Saúde materna e infantil como pauta informativas/apresentação na CIR da VIII Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões, Pernambuco, 2018.

(Continua)

<i>Reunião (Data)</i>	<i>Pautas informativas/Apresentações</i>	
	<i>Temática</i>	<i>Ator Proponente</i>
<i>RO 42 (07/02/13)</i>	Pacto pela Saúde Projeto PET-Vigilância em Saúde <b>Rede Cegonha</b> (orientações operacionais)	Gerência CIES Regional-IES Pública Coord. Regional de Assistência à Saúde
<i>RO 43 (07/03/13)</i>	Programa Saúde na Escola Pacto pela Saúde	CIES Regional-IES Pública Gerência
<i>RO 44 (11/04/13)</i>	Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 47 (18/07/13)</i>	Capacitação (Teste Rápido de HIV-Sífilis) Vigilância municipal do óbito	Coord. Regional de Assistência à Saúde Município
<i>RE 23 (24/07/13)</i>	<b>Rede Cegonha</b> (regulação da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar)	Sec. Exec. De Atenção à Saúde (SES)
<i>RO 49 (12/09/13)</i>	Regulação Ambulatorial Exames complementares aos neonatos	Coord. Regional de Regulação em Saúde Coord. de Atenção à Saúde da População Negra(SES)
<i>RO 50 (23/10/13)</i>	Regulação Ambulatorial	Coord. Regional de Regulação em Saúde
<i>RO 53 (05/02/14)</i>	Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 54 (12/03/14)</i>	Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 56 (13/05/14)</i>	Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 57 (26/06/14)</i>	Pacto pela Saúde Monitoramento de produção do programa Mãe Coruja	Gerência Coord. Regional do Programa Mãe Coruja
<i>RO 58 (16/07/14)</i>	Regulação Ambulatorial Cartão da Gestante	Coord. Regional de Regulação em Saúde Coord. Regional do Programa Mãe Coruja
<i>RE 26 (19/08/14)</i>	<b>Rede Cegonha</b> (apresentação do Grupo Condutor Regional e capacitação perinatal)	Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 60 (09/09/14)</i>	Pacto pela Saúde Regulação Ambulatorial Sistema de Informação	Gerência Coord. Regional de Regulação em Saúde Município
<i>RO 61 (07/10/14)</i>	Pacto pela Saúde Fórum Perinatal e Capacitação	Gerência Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 67 (14/05/15)</i>	Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 68 (17/06/15)</i>	Regulação Ambulatorial <b>Rede Cegonha</b> (encaminhamentos de reunião)	Coord. Regional de Regulação Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha
<i>RO 69 (15/07/15)</i>	Ampliação de serviços municipais Monitoramento de indicadores Pacto pela Saúde	Município Coord. Regional de Vigilância em Saúde Gerência
<i>RO 70 (12/08/15)</i>	Monitoramento da produção do prestador Privado	Terceiro Setor (Superintendência)
<i>RO 71 (17/09/15)</i>	Monitoramento de indicadores	Coord. Regional de Vigilância em Saúde
<i>RO 72 (14/10/15)</i>	Capacitação (vigilância do óbito)	Coord. Regional de Vigilância em Saúde
<i>RO 75 (17/02/16)</i>	<i>Vigilância epidemiológica Assistência à Saúde</i>	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Coord. Regional de Regulação
<i>RO 76 (09/03/16)</i>	<i>Vigilância epidemiológica Pacto pela Saúde Assistência à Saúde</i>	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Gerência Coord. Regional de Regulação

**Quadro 12** – Saúde materna e infantil como pauta informativas/apresentação na CIR da VIII Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões, Pernambuco, 2018.

(Conclusão)

<i>RO 77</i> (13/04/16)	<i>Vigilância epidemiológica Assistência à Saúde</i> Monitoramento de produção do programa Mãe Coruja <i>Capacitação</i>	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Município Coord. Regional do Programa Mãe Coruja CIES regional
<i>RO 78</i> (10/05/16)	<i>Descentralização estadual de recursos federais</i> <i>Assistência ambulatorial</i>	Gerência
<i>RO 79</i> (10/06/16)	<i>Vigilância epidemiológica e da produção de serviços</i> <i>Assistência à saúde</i>	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Terceiro setor
<i>RO 80</i> (13/07/16)	Monitoramento do PEFAP Promoção da Saúde	Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 81</i> (10/08/16)	Monitoramento da capacidade instalada e produção de serviços municipais Pacto pela Saúde <i>Sistema de Informação</i> <i>Capacitação</i>	Coord. Regional de Atenção Primária Gerência Coord. Regional de Vigilância em Saúde CIES Regional
<i>RO 82</i> (14/09/16)	Monitoramento PQA-VS <i>Vigilância epidemiológica e da produção de serviços</i> (microcefalia) Monitoramento do PEFAP	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Técnico da GERES Coord. de Atenção à Saúde
<i>RO 84</i> (09/11/16)	Monitoramento da produção de serviços obstétricos (Macrorregional) Monitoramento de indicadores Pacto pela Saúde	IES – Pública Coord. Regional de Vigilância em Saúde Gerência
<i>RO 85</i> (16/12/16)	Vigilância Epidemiológica (mortalidade infantil)	Coord. Regional de Vigilância em Saúde

Fonte: o autor a partir das atas das plenárias ordinárias e extraordinárias da VIII Região de Saúde de Pernambuco

Nota: em itálico estão as discussões contidas na perspectiva da atenção à saúde de crianças portadoras de microcefalia.

Legenda: RO: Reunião Ordinária; RE: Reunião Extraordinária;

**Quadro 13** – Saúde materna e infantil como pauta informativas/apresentação na CIR da IX Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, Pernambuco, 2018.

(Continua)

<i>Reunião Data</i>	<i>Pautas informativas/apresentações</i>	
	<i>Disparador</i>	<i>Ator Proponente</i>
<i>RO 03 (17/04/13)</i>	<b>Rede Cegonha</b> (capacitação) Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 04 (15/05/13)</i>	<b>Rede Cegonha</b> (desenho da rede aguardando aprovação da plenária) Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 05 (19/06/13)</i>	<b>Rede Cegonha</b> (necessidade da presença da SES para aprovação)	Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 07 (21/08/13)</i>	<b>Rede Cegonha</b> (apresentação sobre as normativas federais e desenho regional)	Gerência de Atenção à Saúde da Mulher (SES)
<i>RO 08 (18/09/13)</i>	Monitoramento de indicadores Programa Mãe Coruja	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Coord. Regional do Programa Mãe Coruja
<i>RO 10 (26/11/13)</i>	Monitoramento da produção do prestador privado	Secretaria de Atenção à Saúde (SEAS)
<i>RO 11 (19/12/13)</i>	Ações e serviços desenvolvidos pelos municípios	Municípios
<i>RO 02 (19/03/14)</i>	Pacto pela Saúde <b>Rede Cegonha</b> (definição de protocolo para o pré-natal)	Gerência Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha
<i>RO 03 (28/04/14)</i>	<b>Rede Cegonha</b> (necessidade de aprovação do protocolo para o pré-natal)	Gerência
<i>RO 04 (23/05/14)</i>	Rol de serviços ofertados pelo prestador privado Pacto pela Saúde	Terceiro Setor Gerência
<i>RO 05 (18/06/14)</i>	Monitoramento da produção pelo prestador privado	Gerência/Terceiro Setor
<i>RO 11 (10/12/14)</i>	Ações e serviços desenvolvidos pelos municípios	Municípios
<i>RO 01 (24/02/15)</i>	Pacto pela Saúde	Gerência
<i>RO 02 (18/03/15)</i>	Monitoramento de indicadores Regulação do prestador privado <b>Rede Cegonha</b> (reestruturação do GC Regional/RC)	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Plenária Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha
<i>RO 03 (29/04/15)</i>	Vigilância em Saúde e descentralização de materiais	Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 04 (19/05/15)</i>	Levantamento da capacidade instalada regional (parto e nascimento) Monitoramento da produção do prestador privado	Coord. Macrorregional de Regulação em Saúde Terceiro Setor
<i>RO 06 (29/07/15)</i>	Cobertura vacinal em menores de 1 ano	Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 08 (16/09/15)</i>	Regulação do prestador privado	Plenária
<i>RO 09 (21/10/15)</i>	Processo de trabalho do prestador privado Regulação do acesso ambulatorial ao prestador Privado	Terceiro Setor Coord. Regional de Regulação em Saúde
<i>RO 10 (19/11/15)</i>	<i>Vigilância epidemiológica e assistência ambulatorial</i> Vigilância municipal do óbito	Coord. Regional de Vigilância em Saúde
<i>RO 11 (16/12/15)</i>	<i>Vigilância epidemiológica e assistência ambulatorial</i> Monitoramento da produção do prestador privado Apoio logístico	N.E. Terceiro Setor Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 01 (17/02/16)</i>	<i>Vigilância epidemiológica e assistência Ambulatorial</i>	Coord. Regional de Regulação em Saúde

**Quadro 13** – Saúde materna e infantil como pauta informativas/apresentação na CIR da IX Região de Saúde, referentes ao ator social disparador das discussões e temáticas no qual essa discussão se inicia, a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, Pernambuco, 2018.

(Conclusão)

<i>RO 02</i> (16/03/16)	<i>Vigilância epidemiológica e assistência ambulatorial</i> Puericultura (administração de fármaco)	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 03</i> (20/04/16)	Monitoramento da produção do prestador privado <i>Assistência ambulatorial</i>	Terceiro Setor Gerência
<i>RO 05</i> (15/06/16)	<i>Assistência ambulatorial</i> Monitoramento da produção do prestador privado Pacto pela Saúde Nota Técnica	Terceiro Setor (Macrorregional) Terceiro Setor (Regional) Gerência Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 06</i> (20/07/16)	Vigilância em Saúde (óbito e nascimento) Assistência ao pré-natal de risco habitual <i>Assistência ambulatorial</i>	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Coord. Regional de Atenção à Saúde Gerência
<i>RO 07</i> (15/08/16)	Vigilância em Saúde (óbito e nascimento) Monitoramento da produção do prestador privado Puericultura (campanha de vacinação) <i>Assistência ambulatorial</i>	Coord. Regional de Vigilância em Saúde Terceiro Setor Coord. Regional de Atenção à Saúde Gerência
<i>RO 08</i> (21/09/16)	Pacto pela Saúde Monitoramento da produção do prestador privado <i>Monitoramento dos serviços de pré-natal e puericultura</i> Avaliação PEFAP	Gerência Coord. Regional de Regulação em Saúde Coord. Regional de Atenção à Saúde
<i>RO 09</i> (18/10/16)	Avaliação do serviço de obstetrícia (macrorregional) Avaliação do PEFAP Capacitação em pré-natal de alto risco	IES-Pública Coord. Regional de Atenção à Saúde Gerência
<i>RO 10</i> (16/11/16)	Pacto pela Saúde Análise do serviço de pré-natal de alto risco	Gerência
<i>RO 11</i> (21/12/16)	Monitoramento da produção do prestador privado	Terceiro Setor

Fonte: o autor a partir das atas das plenárias ordinárias e extraordinárias da IX Região de Saúde de Pernambuco.  
Legenda: em itálico as discussões contidas na perspectiva da atenção à saúde de crianças portadoras de microcefalia.

Legenda: RO: Reunião Ordinária;

**Quadro 14** – Deliberações sobre ações e serviços contidos no âmbito da saúde materna e infantil da CIR na VIII e IX Regiões de Saúde, a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias de jan. 2013 a dez. 2016, Pernambuco, 2018.

	Reunião (Data)	Pautas de Deliberações/Negociações					
		Deliberação	Ator proponente	Instrumento de Formalização	Compartilhamento de Atribuições	Financiamento	Adaptação locorregional
VIII Região de Saúde	RO 44 (11/04/13)	Proposta PET-Redes de Atenção da Universidade Federal do Vale do São Francisco	CIES Regional - IES Pública	Resolução CIR	N.E.	Política de Educação Permanente em Saúde	N.E.
	RO 65 (11/03/15)	Rede Cegonha (aprovação da reestruturação do Grupo Condutor Regional)	Coord. Regional de Atenção à Saúde	N.E.	Composição paritária entre municípios e GERES (4 para cada), mais 1 da maternidade regional	N.A.	Ampliação de uma vaga aos municípios devido
	RO 78 (10/05/16)	<i>Capacitação</i>	CIES Regional - IES Pública	Resolução CIR Resolução CIR	GERES: operacionalização. e Municípios: liberação transporte dos profissionais.	Política de Educação Permanente em Saúde	Sim, o recurso do PAREPS apresenta flexibilidade para ser utilizado de acordo com demandas locorregionais
IX Região de Saúde	RO 04 (19/05/15)	Regulação do acesso (serviço de obstetrícia regional)	Plenária	N.E.	Municípios: capacitações e orientação dos profissionais do território para utilização do sistema de Regulação	N.E.	N.A.
	RO 03 (20/04/16)	Capacitação (pré-natal sob a perspectiva da microcefalia e puericultura)	CIES Regional	Resolução CIR	GERES: articulação e promoção da formação. Municípios: N.E.	N.E.	Sim, a CIES Regional apresenta flexibilidade para orientar as formações de acordo com demandas locorregionais

Fonte: o autor a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da VIII Região de Saúde de Pernambuco, de jan. de 2013 a dez de 2016.

Nota: em itálico: discussões contidas na perspectiva da atenção à saúde de crianças portadoras de microcefalia.

Legenda: RO: reunião Ordinária; N.E.: Não especifica; N.A.: Não se aplica.

Assim, apesar de se discutir com frequência os indicadores de saúde e a essa população, tal processo não se faz a luz de uma compreensão *a priori* de ações ligadas a Rede Cegonha, o que pode ser evidenciado pelos longos períodos em que esse termo não aparece nas pautas da CIR, a saber em todo o segundo semestre de 2015 e ano de 2016 na VIII Região de Saúde e IX Região de Saúde.

Nesse panorama, as discussões geralmente tendem a não se aprofundar sobre as particularidades e causas locorregionais que impulsionam os indicadores a alcançar ou não as metas pactuadas. No colegiado essa função de análise é atribuída aos Grupos Técnicos de Vigilância do óbito municipais, que além da função supracitada está incumbida da proposição de alternativas para os indicadores considerados insatisfatórios no contexto municipal, sem a perspectiva de comunicação dessas reflexões com a plenária da CIR em um cenário de planejamento regional (Quadro 15).

No âmbito da Regulação da assistência em saúde, os achados empíricos evidenciam fragilidades operacionais de acesso das gestantes aos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar de forma regulada no âmbito da atenção ao pré-natal e parto de alto risco, principalmente pelo fato dos municípios sedes das Regiões de Saúde não apresentarem uma referência própria para as gestantes de risco habitual. Essa situação, tem sido posicionada pelos gestores municipais como causa base da lotação e dificuldade do prestador privado em atender as demandas a saúde materna e infantil regionais pactuadas (Quadro 15).

Apesar da prioridade governamental tripartite em relação a Rede Cegonha expressa através dos diversos marcos legais de institucionalização da mesma, associado a mobilização de recursos financeiros que têm ocorrido ao longo de sua gradual implantação principalmente para a estruturação da rede de média complexidade ambulatorial e hospitalar, as evidências documentais apresentam um cenário de fragilidade na sua condução locorregional, no qual o mesmo ocorre por meio de pautas pulverizadas em “pastas setoriais” o que prejudica a análise, compreensão e identificação regional da RC em sua plenitude de componentes e estratégias (Quadro 15).

Em parte, tal cenário pode estar associado, a não descentralização dos recursos federais relacionados a estruturação dos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar da Rede Cegonha para as regiões de saúde. No contexto específico do estado de Pernambuco, de acordo com o Plano de Ação da Rede Cegonha, de ambas as regiões de saúde, a oferta de ações e serviços desse componente, tem estado sob a administração indireta da Secretaria Estadual de Saúde, que induziu a organização da Rede Cegonha nas regiões de saúde em torno dos hospitais regionais sob administração de empresas do Terceiro Setor.

**Quadro 15** – Dinâmica e abrangência das discussões sobre a saúde materna e infantil como objeto da CIR na VIII e IX Região de Saúde, referentes ao ator social disparador e temáticas, Pernambuco, 2018.

<b>Ator disparador das discussões</b>	<b>Dinâmica e abrangência das discussões</b>
- Técnicos regionais, gerente da GERES, Instituição de Ensino Superior e prestador privado	- Participação contida em demandas relacionadas aos respectivos setores de atuação ou áreas de atuação, as contribuições dos gestores municipais se posicionam de forma pontual no colegiado, principalmente quando chamados a expor a plenária sobre a realidade de atenção à saúde de cada município;
<b>Temáticas disparadoras das discussões</b>	<b>Dinâmica e abrangência das discussões</b>
- Pacto pela Saúde	- Discussão iniciada e mediada pela gerente da GERES, tendo como base o indicadores de morbimortalidade e de atenção à saúde prioritários pela SES/MS, no qual são elucidados a situação de cada município quanto ao escores dos indicadores, na perspectiva municipal e regional. Tende a se aprofundar nas fragilidades do processo de trabalho da atenção primária, posicionada pelos sujeitos como causa base do cenário epidemiológico desfavorável; A análise sistematizada, no tocante aos indicadores de mortalidade materna e infantil, são posicionados como de atribuição dos respectivos municípios, no âmbito do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito municipal.
- Regulação	- Monitoramento da utilização da oferta e demanda, prioritariamente, dos serviços de pré-natal e atenção ao parto de gestante de alto risco e parto de risco habitual do prestador privado, com ênfase nas fragilidades do processo de utilização da oferta (cotas) dos serviços pelos municípios. Se aprofunda sobre as peculiaridades municipais que influenciam no contexto de subutilização da oferta de serviços regionalizadas, ainda, salienta-se as fragilidades de capacidade instalada e recursos humanos do prestador privado, em atender a demandas de necessidades de saúde locais.
- Atenção à Saúde	- Contido na perspectiva do monitoramento de indicadores do Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), em apresentações sobre capacitações e orientações ao processo de trabalho na atenção primária; Tendem a permanecer na perspectiva pontual do assunto que a disparou, em situações pontuais há proposição de alternativas aos problemas enfrentados no âmbito do processo de trabalho da atenção primária;
- Vigilância em Saúde	- Monitoramento de indicadores relacionados ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, formações específicas sobre vigilância em saúde, monitoramento da situação epidemiológica de casos de microcefalia (a partir de 2016); Amplia-se, mas não se aprofunda, em reflexões sobre as particularidades municipais de atenção à saúde que influenciam na situação epidemiológica elucidada pelos indicadores.
- Puericultura/Microcefalia	- Monitoramento epidemiológico dos casos da Síndrome Congênita do ZikaVirus, com ênfase na organização do cuidado a saúde principalmente no âmbito da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Observa-se que exceto a ações de campanhas para administração de imunobiológicos, não se observava discussões acerca do cuidado em puericultura, as mesmas se iniciam com a eminência da epidemia de crianças com microcefalia no estado de Pernambuco
- Educação Permanente	- Partindo da explanação de profissionais de IES públicas que participam da CIES regional sobre formações sob a perspectiva da educação continuada; prioritariamente para os profissionais da atenção primária em saúde (puericultura/microcefalia/pré-natal de risco habitual)

Fonte: o autor a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Regional da VIII e IX Região de Saúde de Pernambuco.

Ainda, apesar da atenção básica/primária ser citada em tais instrumentos como coordenadora do cuidado, não observa-se a implantação de estratégias de comunicação entre os níveis de atenção à saúde, ou ainda, alusão a uma linha de cuidado.

A organização da atenção a saúde da criança, do nascimento até os 24 meses de idade, é uma das atribuições da Rede Cegonha, expresso na Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011 através do III Componente “Puerpério e atenção integral à saúde da criança” contendo ações de educação em saúde, assistência e vigilância em saúde diretamente para a criança, como também aquelas direcionadas a família, os quais pode-se citar: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011).

No recorte temporal estabelecido para esse estudo, não observou-se achados relacionados ao desenvolvimento de práticas específicas ao III Componente da Rede Cegonha, em ambas as Regiões de Saúde analisadas. Vale salientar que, as ações e serviços desse componente da RC, estão contidos no escopo prioritário das atenção básica em saúde, logo, como foi discutido anteriormente, a atenção básica se mostrou ser um tema pouco discutido nas respectivas Regiões de Saúde, aparecendo em momento pontuais de necessidade de ampliação de serviços específicas, através de homologação de projetos, como também, em momentos de discussões sobre capacitações sob a perspectiva da educação continuada em saúde.

A temática da saúde da criança, especificamente na faixa etária preconizada pela portaria, obtêm espaço nas discussões do colegiado a partir da epidemia de casos de microcefalia no estado de Pernambuco, sendo induzido nas Regiões de Saúde, por demanda principal da Secretaria Estadual de Saúde a inclusão dessa perspectiva como ponto de pauta a ser discutido no colegiado.

Todavia, apesar da maior ênfase que se deu a essa população em específico, as estratégias discutidas no colegiado, para ambas as regiões de saúde, não se aproximaram de uma perspectiva de promoção e prevenção da saúde no âmbito da atenção básica e sim, na organização dos serviços de média complexidade ambulatorial de diagnóstico e tratamento. Esse cenário evidencia um conjunto de aspectos estratégicos para a análise da governança regional, o primeiro relacionado a não ampliação das discussões do colegiado além daquelas estratégias induzidas pelos ente estadual e federal, que podem ser consolidados através da fala

de Kehrig, Souza e Scatena (2015) em uma Região de Saúde ao afirmar, em seu estudo sobre a governança regional que “em nome do planejamento em saúde, observou-se certa obediência ao que é normatizado pelo nível central estadual e mesmo federal, deixando, assim, de contemplar as especificidades locais e regionais”.

Evidenciou-se papéis e dinâmica de relação entre as instituições públicas diretamente ligadas ao processo inicial de implantação, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no estado de Pernambuco, segundo as atas da CIR. Salienta-se que, a forma como cada uma das respectivas instituições se posicionou nessa dinâmica esteve associado aos papéis historicamente desenvolvidos pelos mesmos em relação a política de saúde no estado de Pernambuco (Quadro 16). Assim, ao município observa-se maior aproximação a demandas de cunho municipais, principalmente aquelas relacionadas a atenção básica em saúde.

A Secretaria Estadual de Saúde historicamente envolvida com a prestação dos serviços de média e alta complexidade hospitalar, no âmbito da Rede Cegonha, esteve envolvido diretamente com a definição do desenho regional da mesma tendo como ponto central os hospitais regionais sob administração do terceiro setor, custeados em grande parte pelas transferências federais para essa estratégia de atenção à saúde materno-infantil (Quadro 16).

A Gerência Regional de Saúde, como espaço descentralizado da Secretaria Estadual de Saúde, apesar dos subsídios teóricos e normativos que a posicionam como coordenadora da governança regional, observa-se maior alinhamento a condução de ritos burocráticos e administrativos induzidos via SES e Ministério da Saúde.

Pouco movimento se observou para além desses aspectos, estando esses resultados alinhados, dessa forma, aos resultados evidenciado por Kehrig, Souza e Scatena (2015), a saber: a instância decisória regional de representação da esfera estadual na região esteve confortável apenas com a própria governança interna, ao não expressar movimentos voltados à construção da governança da regionalização com o conjunto dos gestores municipais.

**Quadro 16** – Principais achados quanto ao compartilhamento de atribuições dos entes federados na condução da Rede Cegonha a partir das atas das reuniões da CIR comuns VIII e IX Regiões de Saúde, Pernambuco, 2018.

	<b>Participação</b>	<b>Aspectos conjunturais/Limitações</b>
<b>Município</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior e envolvimento nas discussões acerca das ações e serviços de saúde no âmbito da atenção primária (pré-natal de risco habitual e acompanhamento das gestantes de alto risco), pouca participação em demandas de planejamento regional;</li> <li>- Apoio logístico no transporte sanitário das gestantes/puérperas e neonatos aos serviços contidos para além do território municipal de saúde;</li> <li>- Vigilância epidemiológica e monitoramento do óbito infantil e materno municipal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A participação dos municípios está contida nas discussões acerca das ações e serviços sob governabilidade municipal, principalmente no âmbito do processo de trabalho na atenção básica. As discussões no contexto de Região de Saúde são voltadas as ações de educação continuada e na utilização de serviços de média complexidade hospitalar e ambulatorial da maternidade de referência. Neste último, observa-se dificuldades de regulação do prestador privado pela plenária.</li> </ul>
<b>Gerência Regional de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio técnico aos municípios em demandas burocráticas, prioritariamente aquelas relacionadas ao Planejamento em Saúde;</li> <li>- Articulação entre prestador privado (terceiro setor) e plenária da CIR;</li> <li>- Apoio logístico no recebimento, armazenamento e distribuição de insumos e materiais informativos de apoio a Rede Cegonha (Cartão da Gestante);</li> <li>- Executor de capacitações na perspectiva de educação continuada, com ênfase no processo de trabalho da atenção básica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A estrutura da GERES, quanto a recursos humanos e materiais, têm se mostrado acessível e proativa, aos municípios. Entretanto as ações desenvolvidas sofrem forte influência das demandas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, pouco se realiza para além das normativas/burocracias verticais</li> <li>- Apesar do apoio técnico, principalmente voltado a orientações e recomendações em um contexto de prescrição, que a estrutura da GERES oferece a Região de Saúde, observa-se certo distanciamento dos técnicos regionais da resolução no território das dificuldades e problemas encontrados;</li> </ul>
<b>Secretaria Estadual de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indutor da organização dos serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar na Região de Saúde;</li> <li>- Apoio técnico em demandas burocráticas, principalmente aquelas advindas do Ministério da Saúde;</li> <li>- Orientador/executor de capacitações na perspectiva de educação continuada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Há mediação dos técnicos da SES nas discussões desde o momento de adesão regional a Rede Cegonha, como também, no próprio processo de condução da rede. Observa-se certa dependência regional da SES quanto as discussões acerca dos serviços ofertados pela maternidade de referência regional (prestador privado) sob administração estadual indireta.</li> </ul>

Fonte: o autor a partir das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Intergestores Regional da IX e VIII Regiões de Saúde de Pernambuco.

### **7.3 Relações interfederativas entre os atores governamentais e sua influência na condução da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde**

Objetivando maior compreensão sobre a dinâmica de implantação da Rede Cegonha no estado de Pernambuco, e como os diversos atores participaram e contribuíram para esse processo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores municipais (1 secretário municipal de saúde e 1 ex-secretário municipal de saúde), regionais (2 gerentes da GERES e 1 coordenador regional do Grupo condutor da Rede Cegonha) e estaduais (1 Coordenador estadual do Grupo Condutor estadual da Rede Cegonha) estrategicamente envolvidos com a implantação e implementação da Rede Cegonha.

A análise das entrevistas, associado aos objetivos desse estudo e a matriz teórico-metodológica proposta, fizeram surgir duas categorias essenciais para se refletir sobre governança regional, a primeira versando sobre a Coordenação na implantação da Rede Cegonha no estado de Pernambuco, no recorte territorial das Regiões de Saúde, e a segunda categoria discutindo o Cofinanciamento da Rede Cegonha, também sob uma perspectiva de Região de Saúde.

Levando em consideração que os agentes públicos representam e desenvolvem suas atividades orientados, entre outros fatores, pelas diretrizes da instituição/cargo no qual o mesmo está alocado, a seguir está posicionado a vinculação/alocação do respectivo ator social participante como sujeito desse estudo:

- |                |   |                              |
|----------------|---|------------------------------|
| a) Gestor I    | - | IX Região de Saúde           |
| b) Gestor II   | - | IX Região de Saúde           |
| c) Gestor III  | - | IX Região de Saúde           |
| d) Gestor IV   | - | VIII Região de Saúde         |
| e) Gestor V    | - | VIII Região de Saúde         |
| f) Gestor VI   | - | Secretaria Estadual de Saúde |
| h) Gestor VII  | - | VII Região de Saúde          |
| i) Gestor VIII | - | VII Região de Saúde          |

### 7.3.1 Coordenação regional da Rede Cegonha: contido e para além do espaço da Comissão Intergestores Regional

As discussões acerca da reorganização do cuidado a saúde da mulher e criança no estado de Pernambuco sob a perspectiva de Rede Cegonha, se iniciam, anteriormente a promulgação da portaria ministerial de 2011 que a institui, assim, em meados de 2010 o Ministério da Saúde inicia sua articulação nos estados brasileiros. Em Pernambuco foram convidados para uma reunião de discussão inicial, os representantes da administração pública municipal do Recife, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Hospital das Clínicas (HC) e Secretaria Estadual de Saúde.

Após o lançamento da portaria ministerial em 21 de setembro de 2011, inicia-se um movimento interno ao estado de Pernambuco, e sob a coordenação da SES, referente a articulação para adequação das Regiões de Saúde, as prerrogativas ministeriais para a implantação da Rede Cegonha, esse processo se deu partindo de quatro oficinas macrorregionais, no qual discutiu-se pontos estratégicos para essa implementação, como os fluxos de pactuação, como pode ser observado na fala do Gestor VI:

[...] a gente aqui em Pernambuco a gente foi um dos primeiros Estados do Brasil a aderir a rede cegonha, assim que a portaria saiu a gente correu para fazer as oficinas macrorregionais, foram feitas quatro oficinas, em cada macro foi feita uma oficina, dizendo o que era a rede cegonha, qual era a proposta de trabalho, como se daria as pactuações na rede, o plano de ação como seria feito [...].

Na reorganização do cuidado, agora sob a perspectiva de rede de atenção a saúde, houve a necessidade de se discutir internamente na Região de Saúde, qual o desenho ideal para cada realidade sanitária encontrada, em conformidade com os pontos de atenção propostos na portaria ministerial. Essa discussão foi induzida pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, partindo da elaboração de um Plano de Ação da Rede Cegonha, que deveria nortear as Regiões de Saúde na reorganização da assistência, baseado principalmente, na teoria da economia de escala.

Esta perspectiva de reorganização das ações e serviços de saúde, apresentam como compressão central a necessidade de maior racionalização dos recursos disponíveis ao sistema de saúde, assim, busca-se a concentração daqueles serviços de elevado custo financeiro e complexidade tecnológico, e a dispersão daqueles recursos de menor complexidade tecnológica, conectados e com elevado grau de interdependência entre os níveis de atenção a saúde, que agora, partem de uma perspectiva mais horizontalizada (SANTOS, 2011).

Para tal, definiu-se internamente a estrutura da SES que a referência para o parto de risco habitual, seria uma atribuição do hospital regional de cada Região de Saúde, não sendo mais realizado essa atenção a saúde no município de residência da gestante. Essa proposta sofreu resistência pelos gestores municipais nas Regiões de Saúde analisadas, sendo necessário um movimento maior do GCE para dirimir os atritos da proposta, como apresentado na fala do Gestor IV:

[...] agente viajou muitas vezes, foi para outras regiões fazer discussões de pactuação que era onde tinha o maior empasse, que era onde pactuar onde seriam as referências de parto, porque até então todo mundo queria fazer seu parto, todo município ele queria manter o parto lá porque dizia que se “eu não tiver nenhum parto aqui não vou ter mais nenhum nascido aqui, meus residentes vão nascer todos em outros municípios, e como vai ser isso, o senso quando chegar [...]. E havia essa briga para que nascesse no território deles, que eles ficassem como referência para o parto. Então a gente foi por essa linha, de economia de escala. São coisas raras, então a gente precisa concentrar na rede.

Ainda, na perspectiva desse gestor, o posicionamento dos municípios contrários ao rearranjo proposto pelo nível estadual teve fundamento nos aspectos do financiamento da política de saúde nacional, ao afirmar que a compreensão dos gestores municipais era que a diminuição dos nascimentos no respectivo município iria ter “implicações financeiras”. Em contrapartida foi evidenciado na fala do gestor municipal o caráter impositivo, e a resistência dos secretários municipais de saúde, para a implantação da Rede Cegonha, tendo como referência para parto habitual o hospital de referência regional, sob administração indireta da SES. Segundo as palavras do Gestor I:

A gente demorou um pouco como gestor a assinar, porque a gente não aceitava muito o que foi imposto, porque na verdade veio de cima para cá, já montaram uma rede e a gente tinha que pactuar. E aí, essa discussão toda, foi imposto que os municípios deixassem de fazer parto de risco habitual para que o parto feito aqui em (nas referências regionais), que a gente fosse trabalhando, a população ficou ciente disso.

Apesar das divergências de interesses e estratégias, o desenho da Rede Cegonha foi aprovado, em ambas as Regiões de Saúde analisadas, seguindo as orientações da Secretaria Estadual de Saúde, no qual posicionava o “hospital regional” como referência para o parto de risco habitual na região de saúde, evidenciando o papel indutor da Secretaria Estadual de Saúde na política de saúde desenvolvido na Região de Saúde.

Este cenário está alinhado aos achados encontrados por Carneiro, Forster e Ferreira (2014) em três Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, no qual, a partir de entrevistas

semiestruturadas, foi elucidado pelos gestores municipais a inversão do papel “condutor” para um “indutor” dos representantes regionais da esfera estadual no colegiado regional.

Para Paim e Teixeira (2007) destaca-se como fatores etiológicos do conflito intergovernamental entre o ente federado estadual e municipal na condução da política de saúde as assimetrias de desenvolvimento institucional entre os mesmos, somados, a “contaminação” dessa relação pelos interesses político-partidários distintos.

Observa-se, dessa forma, a reprodução no espaço regional de governança, das relações verticalizadas historicamente presentes no cenário federativo nacional brasileiro, interferindo no potencial de cooperação e solidariedade também entre os municípios, e entre esse e os atores estaduais.

Soma-se ainda a reflexão de Souza e Souza (2017) ao afirmar que a dinâmica de conflito e competição no cenário regional, principalmente entre estado e municípios, pode estar associada a forma pelo qual os espaços de decisão colegiada tem sido instituídos e sua organização interna, no qual posiciona a coordenação do processo de governança como uma atribuição direta de profissionais vinculados a estrutura administrativa da Secretaria Estadual de Saúde, limitando a definição de agendas locais com ênfase as estratégias em desenvolvimento pelo nível estadual.

Dessa forma, a configurou-se na IX Região de Saúde, o Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB), também conhecido localmente como Maternidade Mãe Coruja como referência de risco habitual, para gestações sem intercorrências, aos seguintes municípios: Bodocó, Exu, Granito, Moreilândia, Ouricuri (município sede da Região de Saúde), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena. Os municípios de Trindade, Ipubi e Araripina, seriam referenciados para o Hospital e Maternidade Santa Maria, localizado neste último município, empresa de caráter filantrópico.

A referência regional na assistência ao parto a gestante de alto risco, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, seriam ofertadas pelo Hospital Dom Malam (HDM), localizado na cidade de Petrolina (sede da VIII Região de Saúde). O HDM, também foi posicionado como referência de parto para risco habitual dos seguintes municípios da VIII Região de saúde: Afrânio, Dormentes, Lagoa Grande, Petrolina. Os gestantes de risco habitual residentes nos municípios de Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista, seriam referenciadas para o Hospital Monsenhor Ângelo Sampaio, sob administração direta do município de Santa Maria da Boa Vista.

Entretanto, apesar das amarras histórico-estruturais sob a ótica normativa, financeira e político-subjetivas que permeias e determinam as relações federativas entre estado e

municípios no espaço da Região de Saúde, vale salientar a compreensão do Gestor III sobre a dinâmica do processo de governança locorregional desenvolvido através da Comissão Intergestores Regional (CIR) em relação ao desenvolvimento de uma postura mais próxima de autonomia e enfretamento das políticas de forma verticalizadas, assim:

Acredito que nossa CIR ela é bem sólida, a gente discute muito mas é uma discussão que a gente se impõem diante do Estado, isso é importante frisar isso que a gente não baixa a guarda por uma coisa verticalizada, a gente primeiro tem que ter um conhecimento vertical, in loco, citando nossas fragilidades, quem sabe onde estão os gargalos somos nós. E é daí que a gente vai procurar trazer que o Estado, ou mesmo o próprio ministério, tente dentro do que eles colocarem a nível de portaria, das normatizações, no contexto regional.

A coordenação da política de saúde no âmbito regional ainda sofre, para além das mazelas relacionadas a implementação local de uma política federal, entraves relacionados a responsabilização pelos entes federados das atribuições definidas entre os mesmos por meio de marcos legais ou ainda acordados entre os pares, associado a essa realidade evidencia-se as dificuldades do gestor locorregional em cobrar o cumprimento de atribuições negociadas entre os pares. Cenário evidenciado pela fala do Gestor III, a saber:

[...] eu acho que as demandas, quando elas sobem, elas demoram para vir com retorno, aquilo que a gente não pode ter resolutividade a nível de ação nossa, entre nós; se a gente tá com uma deficiência de leitos, então o que a gente faz, tentar fazer dever de casa, vamos nós voltarmos aos municípios, nossos territórios, ou seja, a gente puxa um pouco a reponsabilidade para nós, eu acho isso uma fragilidade, porque o Estado devia estar tomando conta do que foi posto numa portaria, se ele também não está dando conta ele que procure outro ente Federal para chegar nessa resolutividade.

O não cumprimento de acordos federativos por parte do ente federado estadual, que no âmbito da Rede Cegonha em Pernambuco, ficou com a responsabilidade pelos serviços hospitalares de atenção ao parto e nascimento, posiciona os gestores regionais em uma situação crítica, pois são estes gestores locais que respondem diretamente a população pela prestação e qualidade dos serviços regionais, apesar da responsabilidade pela administração dos mesmos não está em suas atribuições. Esse contexto repercuti também na definição futura de acordo federativos entres os mesmos, principalmente relacionados a pautas que envolvam recursos estratégicos para a condução da política de saúde.

No processo de monitoramento e avaliação das ações e serviços da Rede Cegonha, observa-se alinhamento entre as falas dos gestores locorregionais e os dados presentes na análise documental em ambas as Regiões de Saúde analisadas (Quadro 16). O mesmo, apesar da sua elevada frequência nas reuniões da plenária, ocorre de forma fragmentada sob a

perspectiva dos indicadores de produção e de resultados sanitários contidos nas diversas “pastas” ou áreas de organização da gestão dos serviços de saúde, a saber: Pacto pela Saúde, Regulação, Atenção a Saúde, Vigilância em Saúde, Educação Permanente. Evidenciado na fala do Gestor I, a saber:

A gente monitora assim: O hospital fornece a questão de quantidade de parto, município, esse tipo de monitoramento. E tem uma vigilância, a vigilância daqui trabalha muito com a vigilância do hospital regional, quando tem informação a gente pede, mas não vem nada de fora pedindo para a gente monitorar e encaminhar, não vem. [...] a gente monitora muita coisa, a atenção básica, só aqui no Estado de Pernambuco a gente tem dois monitoramentos que são tanto PMAQ que é o monitoramento básico da atenção básica, e tem o PEFAP que é do estado de Pernambuco que monitora só ações da atenção básica e vem recurso, se você atingir os indicadores.

Além do monitoramento orientado pela agenda de indicadores estratégicos para o governo do estado de Pernambuco abordados no colegiado, foi salientado por um gestor a realização do monitoramento a luz do Plano de Ação da Rede Cegonha Regional, a partir de discussões conduzidas para além do espaço da CIR, pelo Grupo Condutor Regional de Rede Cegonha, as principais discussões no tocante a essa temática estão relacionadas a estruturação dos serviços de atenção ao parto e nascimento na Região de Saúde. Nessa perspectiva, as considerações realizadas por esse grupo, seguem para a plenária da CIR, onde é analisada pelos gestores municipais.

Todavia, algumas demandas também podem seguir fluxos diversos, segundo o Gestor IV “depende muito do que foi pontuado, por exemplo na primeira reunião nós identificamos necessidade de capacitações, atualizações, para os profissionais da rede hospitalar por exemplo. E aí não necessariamente a gente precisa passar isso em CIR”. Para Silveira Filho et al. (2016) a atuação dos Grupos Técnicos, tem se mostrado essenciais para a ampliação e profundidade das discussões de assuntos estratégicos para a política de saúde na Região de Saúde. Assim, para os autores o planejamento regional tende a permanecer ativo, principalmente nos intervalos das plenárias da CIR.

O Grupo Técnico de apoio a condução da Rede Cegonha, foi posicionado pela portaria federal de 2011 como sendo o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE - RC) e Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha (GCR - RC), formada pela representação de diversos atores envolvidos com o cuidado a saúde da mulher e criança, de acordo com os cenários estaduais (BRASIL, 2011).

No âmbito de Pernambuco, inicialmente estruturou-se o GCE – RC, nesse não foi possível a inclusão de representação direta dos municípios da III e IV Macrorregiões de

Saúde, principalmente pela distância geográfica do interior do estado até a região metropolitana onde ocorrem as reuniões, pois, o GCE – RC não teria como garantir o deslocamento dos membros do interior as plenárias do respectivo GT.

Dessa forma, o município de Petrolina, polo estratégico de concentração de serviços de saúde para a atenção ao parto e nascimento, incluindo os serviços de referência de média e alta complexidade hospitalar para toda a IV Macrorregião de Saúde, e para municípios do estado de Juazeiro da Bahia, através da Rede PE/BA.

Na Região de Saúde o GCR – RC foi formado no início das discussões regionais sobre a respectiva política de saúde, seguindo as recomendações do GCE – RC quanto a paritariedade do grupo, com constituição paritária de atores estratégicos para a organização dos serviços. Ainda, foram definidos arranjos com menor quantitativo de gestores para manter a coesão e facilitar a condução do processo, como elucidado na fala do Gestor II, a saber:

[...] ele (GCR – RC) é composto por técnicos da regional de saúde, técnico [...] da maternidade; uma indicação do Hospital Santa Maria, porque a gente achou que era interessante pessoas desses grandes hospitais, porque eles são fundamentais para estruturação dessa rede, por mais que não sejam os mais importantes mas são tão importantes quanto; e alguns municípios, a gente não formou grupo condutor com todos municípios porque ficaria um grupo muito extenso.

As pautas de discussões do GCR – RC estiveram voltadas, prioritariamente, para a análise dos recursos humanos, estabelecimento de um protocolo de acesso e fluxo das ações e serviços de saúde da atenção básica e no monitoramento da prestação dos serviços pelo hospital regional e hospitais de pequeno porte sob administração municipal. Ainda, segundo o Gestor VIII, a atenção básica, ponto estratégico de discussão para as Redes de Atenção a Saúde, têm sido objeto de discussão central mediante um colegiado regional entre a atenção básica e a vigilância, a partir dessas discussões a temática da atenção básica adentra ao colegiado da CIR de forma sistematizada, a saber:

[...] nós temos um colegiado mensalmente onde se reúne de forma integrada a vigilância em saúde e a atenção à saúde e dentro dela está atenção básica. É lógico que desse colegiado surge alguns temas e alguns pontos que vai para dentro da CIR. A atenção básica para a gente tem sido ponto de pauta, posso até te assegurar, religiosamente obrigatoriamente dentro de todas as CIR's. Porque é o nosso condutor do processo.

Contudo, evidenciou-se que a discussão dessas pautas estiveram prejudicadas pela baixa adesão e rotatividade do quadro de recursos humanos, principalmente dos municípios em momentos posteriores as eleições do executivo municipal, evidenciando a fragilidade do

vínculo dos profissionais do interior do estado e a ausência de um projeto municipal de cargos e carreiras dentro do Sistema Único de Saúde, a nível municipal. Essa fala está alinhada aos dados documentais das atas da CIR (Quadro 12 e 13) ao se observarem momentos pontuais de proposição do GCR – RC nas plenárias da CIR.

Tal perspectiva esteve presente na fala do Gestor II, o qual seja:

Porque assim, esse grupo inclusive, esse ano passado foi um ano meio complicado em termos de, porque era ano de eleição municipal, de certa maneira depois da eleição houve uma certa desorganização dentro dos municípios, e aí a gente teve muito mais dificuldade de participação dos profissionais, dos próprios secretários, se você for olhar dentro das atas da CIR, em dezembro, tinha pouquíssimos secretários, então a participação desses profissionais, mesmo antes de Outubro, não estavam vindo tanto quanto nós gostaríamos, então esse grupo não funcionou da forma que gostaríamos que funcionasse.

Soma-se a esse contexto o enunciado abordado pelo Gestor VIII no qual evidencia que o cenário de mudança dos secretários municipais de saúde repercute negativamente no amadurecimento das discussões e dinâmica de negociação das políticas de saúde dentro do colegiado da CIR, a saber: Mas a contribuição daqueles que já tinha uma certa bagagem, já conhecem sua rede, já sabem a que se presta, era uma discussão muito mais dentro das políticas públicas mesmo que regem as questões da materno-infantil.

Nessa perspectiva Santos e Giovanella (2014), em uma análise da governança no CGR de uma Região de Saúde da Bahia, afirmam que a rotatividade desses profissionais compromete “o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional”. Para Kalleberg (2009), o trabalho precário é considerada toda relação trabalhista no qual “os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador”, sem salvaguarda do empregador, ou ainda, do governo.

Para esse autor, a etiologia para o crescimento dessa forma de vinculação trabalhista apresenta-se diretamente envolvida com a expansão e crescimento da globalização e da diretriz neoliberal, que por sua vez, contém aspectos relacionados a “desregulação, privatização e remoção de proteções sociais”. Ainda, estar em um contexto de trabalho precário, não só apresenta repercussões de âmbito psicossociais para o trabalhador, como também, apresenta influências negativas no processo e ambiente de trabalho (KALLEBERG, 2009).

Gomez e Thedim-Costa (1999) são ainda mais fatídicos ao afirmar que: a degradação das condições materiais de vida, das formas de reprodução, agravada pela ausência de mecanismos de proteção social e associada à desestruturação/ reconstrução de identidades geradas em torno do trabalho, configura, em sua complexidade, a *nova questão social*.

Nesse panorama, Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), partindo da compreensão estratégica que a precarização do vínculo empregatício tem para a gestão em saúde, se debruçaram sobre a análise dessa temática em uma Macrorregião de Saúde do estado do Paraná, formada por quatro Regiões de Saúde. Os autores evidenciaram um cenário no qual 36,46%, de um total de 28.329 profissionais de saúde, estavam trabalhando sob uma perspectiva de trabalho precário, no qual, destaca-se a vinculação “autônoma” e a de “contratação por prazo determinado”.

No contexto das duas Regiões de Saúde de Pernambuco, objeto desse estudo, observa-se mudanças cíclicas do quadro de profissionais da área da saúde, principalmente naqueles municípios onde há a mudança dos responsáveis pela política de saúde, no seu aspecto mais restrito, na pessoa do secretário municipal de saúde.

Para além das fragilidades interpessoais e psicossociais vivenciadas pelos trabalhadores nesse contexto, deve-se refletir também sobre a descontinuidade da atenção à saúde da população e necessidade de contínuas formações e atualizações para o novo quadro de profissionais de saúde admitidos sazonalmente. Ainda, a descontinuidade não ocorre somente no âmbito da atenção a saúde, como também no da gestão dos serviços de saúde, tendo em vista o acúmulo de cargos por um mesmo profissional.

A análise da portaria ministerial de 2011, que regulamenta a Rede Cegonha nacionalmente, apresenta limitações estruturais na sua compreensão dos diversos componentes de uma Rede de Atenção à Saúde e da dinâmica necessária entre os mesmos para o alcance dos objetivos propostos (GIOVANNI, 2013). Esse fato pode ser evidenciado na ênfase que é dada a implantação dos pontos de atenção a saúde contidos no componente do Parto e Nascimento, bem como no maior volume de recursos federais vinculados a essa estratégia. Não observa-se no texto ministerial discussões amplas e estruturadas sobre os componentes que promovem “*o caminhar*” com maior fluidez, sem repetições de procedimentos ou iatrogenia, da gestante pelos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para Mendes (2010), a responsabilidade por esse processo está no sistemas logísticos que se materializam por meio do “cartão de identificação, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde”, com o objetivo de garantir um fluxo mais dinâmico de informações, produtos e pessoas entre os serviços de referência e contrarreferência.

Já Silva (2011), discute esse componente de forma semelhante a Mendes, agregando a necessidade de maior conhecimento dos profissionais sobre a condição de saúde e seus

determinantes de forma individual, ou para famílias, sendo o acesso ao serviço de saúde guiado por “protocolos técnico-assistenciais”.

As diferentes ferramentas do sistema de logística, ainda se fazem especialmente necessários quando se aprofunda sobre a heterogeneidade dos fatores determinantes e condicionantes de saúde das mulheres gestantes que demanda uma reorganização do cuidado em saúde, e para além desse, que possibilite a mulher uma vivência gestacional mais próxima do ideal, apresentando como imagem objetivo a equidade, principalmente sob a perspectiva da superação das desigualdades regionais do país, e integralidade na atenção à saúde, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (VICTORA et al., 2011).

Ainda, a simples disponibilização do serviço no território não está diretamente relacionando a seu acesso e utilização (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014). Segundo Travassos e Castro (2012), o processo de acesso e utilização dos serviços de saúde apresentam-se também condicionados a diversos fatores de cunho: organizacionais do serviço, referentes a horários de atendimento e quadro de profissionais; financeiros do paciente, principalmente no suporte as necessidades básicas durante os deslocamentos aos serviços de saúde; de informação, quando há fragilidade de conhecimento sobre o rol de procedimentos oferecidos pelos diversos setores; e, ainda os fatores geográficos relacionado a distância que o paciente precisa percorrer para chegar ao serviço de saúde.

No contexto de Pernambuco, além da Rede Cegonha, têm-se outra estratégia de atenção a saúde da mulher e criança, a saber o Programa Mãe Coruja (PMC), vinculado a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde. Essa estratégia governamental teve início por meio de decretos estaduais no ano de 2007, todavia dois anos depois tornou-se política pública estadual, sendo regulamentada mediante Lei Nº 13.959, de 15/12/2009 (PERNAMBUCO, 2009). O objetivos dessa política estão alinhados aos objetivos gerais da Rede Cegonha, entretanto, no que diz respeito as ações para o alcance dos objetivos propostos, essas duas estratégias apresentam linhas de intervenção distintas.

Observa-se no contexto do Programa Mãe Coruja uma atuação de forma intersetorial, focada no desenvolvimento de capacidades pessoais, para além daquelas voltadas estritamente para o autocuidado em saúde, e incluindo aspectos relacionados a alfabetização e complementação da renda familiar. O que pode ser elucidado pelas seguintes ações do PMC: realização do parto humanizado; alfabetização e melhoria do nível de escolaridade; educação em segurança alimentar e nutricional; acesso à documentação; oferta de cursos de formação e profissionalização; enxoval básico para o recém-nascido. Para ser beneficiada pelas ações do programa são estabelecidas algumas condicionalidades, como por exemplo, a realização de

um quantitativo de exames e consultas de pré-natal pela gestante (PERNAMBUCO, 2009).

Nesse panorama, salienta-se a relação positiva e não competitiva de atribuições dessas duas estratégias governamentais, que se somam para suprir os diversos determinantes e condicionantes da saúde de mulher e crianças no estado de Pernambuco. Tal contexto foi discutido pelo Gestor V, no qual posiciona as ações do PMC como aquelas bem próximas, mas não se limitando, as do sistema logístico, a saber:

Uma coisa que a gente avalia aqui são aqueles municípios que tem cobertura do programa Mãe Coruja conseguem ter melhores resultados, porque mesmo sendo um universo menor de gestante é uma gestante que é acompanhada em sua integralidade, então o programa Mãe Coruja ele consegue o acompanhamento de 100% de suas gestantes e ele consegue ver todo itinerário terapêutico dessas gestantes desde o momento que ela tá fazendo o pré-natal até o momento do parto, e de fato ela consegue fazer esse link com os serviços, qualificar essas gestantes pra obter um trabalho uma renda, fazer um acompanhamento, ela consegue está mais próximo daquela mulher, é diferente daquela região, daquele município que não tem cobertura do canto do coruja, [...] eles acompanham e cobram da gestante o comparecimento de todas as consultas, da realização de todos os exames a garantia do direito ao parto [...].

Apesar do caráter de condicionalidade do Programa Mãe Coruja, principalmente relacionado ao quantitativo de consultas de pré-natal que devem ser realizadas pela gestante, o mesmo têm contribuído na promoção do estímulo a gestante para a sua maior adesão e acompanhamento pelas ações e serviços da Rede Cegonha que apresenta, por sua vez, uma lacuna estrutural referente ao componente logístico.

Uma possibilidade de se aprofundar na compreensão do trabalho complementar dessas duas estratégias governamentais, seria a realização de estudos de caráter avaliativo-comparativo, que se debruçam sobre os resultados sanitários em Regiões de Saúde que apresentam as duas estratégias governamentais em relação aquelas Regiões de Saúde que apresentam somente uma estratégia.

### 7.3.2 Financiamento interfederativo da Rede Cegonha: alocação, limitações e alternativas locais regionais

A descentralização, regionalização e financiamento formam uma tríade estratégica para a compreensão da consolidação do SUS, na seguinte perspectiva: descentralização a redistribuição de poder, quanto a atribuições e recursos financeiros, incide em mudanças nas estratégias de atuação dos entes federados, tendo em vista a operacionalização de uma política de saúde nacional em um contexto federativo; na perspectiva do financiamento, pois, diante

das diferentes capacidades de arrecadação dos entes federados, a ausência de mecanismos de financiamento sob a perspectiva da redistribuição, tende a não efetivação da política de saúde no seu âmbito universal e equitativo (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2016).

Já na ótica da regionalização, a ausência de mecanismos redistributivos com orientação para as necessidades regionais, ou seja, baseados em um planejamento regional, não apresenta-se como uma estratégia capaz de dirimir as desigualdades regionais históricas de acesso a serviços de saúde do território brasileiro (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2016).

A luz dessas reflexões, no espectro mais restrito da alocação de recursos, as diretrizes normativas que institucionalizam o Sistema Único de Saúde brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.080 de 1990, preconizam a necessidade de orientações da alocação de recursos financeiros sob a perspectiva da equidade, expressos pelos objetivos da seguridade social, como também, pelos critérios de orientação a partir do “perfil demográfico da região” e “perfil epidemiológico da população a ser coberta” (BRASIL. Constituição, 1988; BRASIL. Presidência da República, 1990).

Apesar das orientações supracitadas, no contexto da Rede Cegonha em Pernambuco, observa-se pouca aproximação as orientações normativas e teóricas de alocação de recursos financeiros orientados pelo perfil demográfico e epidemiológico das mulheres e crianças. Em contramão a essa diretriz, as orientações dos atores estratégicos que influenciaram na alocação desses recursos esteve vinculado ao financiamento de acordo com a capacidade instalada locorregional, como pode ser observado na fala do Gestor VI, ao discutir sobre os critérios de priorização dos recursos alocados inicialmente pela Secretaria Estadual de Saúde, ente federado administrador principal dos serviços de parto e nascimento da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde estudadas, a saber:

A rede de alto risco toda está praticamente dentro da I Região de Saúde, então foi por essa região que começou o plano de ação da rede cegonha e também primeiramente pelos hospitais universitários: HC, CISAM, IMIP e o Agamenon Magalhães; então foram esses quatro que a gente mandou a previsão de leitos que estava disponível e foi a primeira região a receber o recurso da rede cegonha ainda em 2011, [...]. E aí a gente continuou o trabalho de construção da rede, colocou esses quatro como hospital escola, eles tiveram prioridade no recurso por conta disso [...].

Vale salientar que no interior do estado, principalmente na região do sertão onde estão localizadas a VII, VIII e IX Regiões de Saúde de Pernambuco há uma persistência histórica de elevados indicadores de mortalidade infantil, objeto central de atuação da Rede Cegonha, como pode ser observado na fala do Gestor II:

Em termos de mortalidade infantil, a gente não tá bem. A gente está a segunda região, a nossa macro, e na verdade sempre foi, temos um histórico, por isso que em 2007 quando foi lançado o programa Mãe Coruja ele foi lançado aqui.

Ainda, evidencia-se na fala do respectivo gestor que na definição das prioridades para a implantação do Programa Mãe Coruja, houve orientação voltada as necessidades de saúde da população, entretanto, não existindo a mesma influência da orientação a partir da necessidade de saúde para a Rede Cegonha.

A dificuldade de efetivação de uma alocação de recursos, partindo das necessidades sanitárias, apresenta-se como um resultado comum, entre estudos que analisam recortes nacionais ou ainda estaduais. Pescuma Júnior e Mendes (2015), realizaram uma análise da evolução do financiamento federal de 2000 a 2011 em uma escala nacional, evidenciando que a região Sudeste do país foi aquela que apresentou a maior participação no total de transferências federais para o bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, esse contexto, segundo os autores esteve atrelado a maior densidade da capacidade instalada de serviços de saúde nessa região do país.

Em contrapartida, de acordo com o estudo em tela, as regiões Norte e Nordeste foram aquelas que apresentaram a menor participação no quantitativo de transferências federais, apesar da justificativa epidemiológica de necessidade de maiores investimentos nessa área de atenção a saúde. Os autores concluem que tal contexto “reforça as desigualdades regionais e socioeconômicas historicamente existentes nas regiões brasileiras” (PESCUMA JÚNIOR; MENDES, 2015).

A necessidade de efetivação de uma alocação de recursos, sob a ótica da equidade regional, se torna ainda mais evidente quando nos aproximamos da análise do perfil de morbimortalidade materna e infantil no Brasil, e do enfretamento dos seus fatores de risco, que apresentam um recorte geográfico nítido.

De acordo com Victora et al. (2011), sob uma perspectiva analítica dos determinantes e condicionantes da saúde das mulheres e crianças no Brasil, evidencia-se que as diferenças socioeconômicas e desigualdades no acesso à atenção a saúde entre as regiões Norte e Nordeste, mais pobres, e as regiões Sul e Sudeste, mais ricas, apresentam-se diretamente relacionados aos cenários mais desfavoráveis para o desenvolvimento saudável de uma gestação e nascimento nas regiões mais pobres.

Os autores, salientam que houve diminuição sensível entre os indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil entre “*os dois Brasis*”, principalmente pelo

enfrentamento intersetorial dos determinantes e condicionantes da saúde, com ênfase a: políticas de acesso condicionado a renda, saneamento e abastecimento de água, educação de mulheres e urbanização. Ainda, no âmbito da saúde, destaca-se a universalização do acesso a saúde, por meio do Sistema Único de Saúde, com base de organização territorial e orientado a partir da Atenção Primária a Saúde.

Todavia, apesar da diminuição entre os escores de morbimortalidade materna e infantil encontrados entre as regiões mais ricas, Sul e Sudeste, e as regiões mais pobres, Norte e Nordeste, ainda há a persistência de taxas consideradas inaceitáveis nessas últimas regiões do país (VICTORA et al., 2011).

Em uma escala estadual, Moreira, Ferré e Andrade (2016), analisaram o financiamento federal do bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar para o estado de Minas Gerais no período de 2006 a 2014, no qual, entre outros achados, os autores evidenciam o maior quantitativo de recursos transferidos para a Região Ampliada Centro que apresenta no território de seus municípios 1/3 da capacidade instalada de serviços de saúde de todo o estado de Minas Gerais.

Nessa perspectiva, a possibilidade de se alcançar melhores resultados sanitários através do processo de redistribuição de recursos a partir das necessidades de saúde da população não deve partir somente pela adoção de critérios de equidade pelo ente federado nacional, mas também, deve ser adotado no âmbito estadual, visando dirimir as lacunas assistenciais intraestaduais (UGÁ et al., 2003).

No âmbito da governança regional destaca-se que o fato da organização da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde ter se dado a partir da indução estadual para a centralização nos hospitais regionais como prestadores dos serviços de atenção ao parto e nascimento, sob administração estadual indireta, posicionou os municípios das duas Regiões de saúde com autonomia restrita para as ações e serviços de saúde nesse nível de assistência, onde o financiamento federal se deu a partir de transferências fundo a fundo, da União para o Estado.

Esse contexto também foi evidenciado por Lima et al. (2017), ao analisarem a governança regional para os serviços especializados em sete regiões de saúde do país, incluindo a VIII Região de Saúde de Pernambuco. Os autores evidenciaram a maior participação do ente federado estadual na prestação de serviços de assistência especializada, contidos no âmbito da MAC, na perspectiva da governança regional a Secretaria Estadual de Saúde têm estado fortemente envolvida em conflitos interfederativos com os atores locais do sistema de saúde “dada sua relevância na coordenação do processo regional e nos recursos e serviços que administram nessas regiões”.

Além das fragilidades associadas a efetivação de uma alocação de recursos de caráter redistributivo, partindo da estruturação de uma Rede Cegonha orientada pelas necessidades das mulheres e crianças no estado de Pernambuco, ainda observou-se um cenário de limitação da possibilidade de qualificação e ampliação dos serviços contidos no âmbito da Rede Cegonha, devido a diminuição dos recursos federais para esse política.

A limitação dos recursos financeiros, segundo os atores entrevistados, se deu tanto para o componente de Média e Alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar quanto para as estratégias relacionadas Atenção Primária em Saúde, salientado nas falas do Gestor VI e I, respectivamente, assim:

Houve o fechamento dos recursos, em 2015 já não abriu mais o sistema para recolocar propostas, aquelas que não tinham sido aprovadas em 2012 e 2013 não teve como recolocar, em 2015 não abriu mais, nem em 2016 (Gestor VI).

E os municípios receberam em 2013 e 2014 um incentivo que era da rede cegonha, um valor pequeno, um valor de parcela única, acho que 16 mil de uma vez em 2013, e depois 16 mil em 2014, no início. Que era para a estruturação da casa do pré-natal, seria de exames, que esse foi o único recurso, rede cegonha que os municípios daqui da regional receberam (Gestor I).

Além da dificuldade de se estruturar a Rede Cegonha, a partir do desenho estabelecido, o descumprimento do acordo federativo, expresso, pela limitação de recursos federais para o financiamento dos serviços de atenção ao parto e nascimento repercute diretamente sobre a legitimidade e confiança entre os entes federados, para a instituição de pactos interfederativo futuros.

Para Santos e Andrade (2011), para que não haja a insegurança entre as partes envolvidas na condução de uma rede de serviços de saúde é crucial a “definição explícita de regras e a realização de acordos inequívocos”. Todavia, no âmbito nacional não houve uma regulamentação estruturada da descentralização “ensejando até hoje omissões, dubiedades e ambiguidades quanto à precisa responsabilidade de cada ente federativo na condução do SUS” (SANTOS, 2012).

Nessa perspectiva, a efetivação do Contrato Organizativo da Ação Pública, no qual, entre outras funções, discrimina as responsabilidades e sanções aqueles atores que não cumprirem os acordos interfederativos poderia ser uma alternativa regulatória da relação entre os entes federados na condução da política de saúde conferindo, segundo Santos (2017), “segurança jurídica à organização regional das ações e serviços públicos de saúde”. Ainda, segundo o Gestor VI a não concretização dos acordos federativos promoveu “frustração dos municípios por terem planejado contando com isso [recursos financeiros]”. Tal compreensão

também está alinhada a discussão elucidada pelo Gestor III quanto as expectativas e frustrações relacionados ao financiamento federal da Rede Cegonha, a saber:

[...] trouxe isso (Estruturação da Rede Cegonha) para os municípios que no momento depois não chegou nem um pouquinho que era para dar continuidade, então, criou uma expectativa dos profissionais, enfermeiro, médicos das unidades básicas de saúde, prescrevendo em alguns momentos e que o recurso financeiro do próprio município não dá conta disso, nem quando tinha já não dava, tinha que ter um complemento muitas vezes de mais de 100%, [...].

Esse contexto promoveu maior distanciamento do desenho da rede pactuado com aquele efetivado no território regional, bem como, a impossibilidade de ampliação ou ainda, reorientação da estratégia de saúde no território engessando a proposta de cuidado a saúde das mulheres e crianças na Região de Saúde, e indo de encontro a compreensão de “*território vivo*”. Para Elias (1996), a efetivação de um processo de descentralização de atribuições e serviços só apresenta-se viável se esse processo está associado a transferências de recursos alinhados aos compromissos pactuados, bem como, da regularidade e da capacidade de expansão do financiamento tripartite da política de saúde.

Diante do cenário mais atual de limitação específica dos recursos financeiros federais para a Rede Cegonha evidencia-se também na fala dos gestores compreensões contrapostas sobre as relações interfederativas quando se discute a cooperação no processo de financiamento da política de saúde, fenômeno ocorrido na vigência da retomada das discussões da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde analisadas, agora, partindo de um cenário de escassez de recursos prioritários federais para essa estratégia, a saber:

Então hoje, a gente está com pé no chão mesmo e dizendo “a gente só tem isso” e a gente precisa construir em cima disso. E o pouco que cada município tem, ele precisa compartilhar com o outro. E aí é nesse sentido que eu acho que o ponto positivo é esse amadurecimento que estamos tendo agora (Gestor IV).

[...] já teve uma rediscussão em CIR onde a gente já vislumbrou essa necessidade de já mudar o desenho que tá hoje, [...] sem o recurso financeiro pra poder ampliar, equipar e até pra reforma de unidade a gente não consegue avançar então sem o recurso financeiro a gente não consegue avançar na discussão com esses gestores até porque era o único dinheiro novo que iria surgir era esse, pro gestor tá investindo de recurso próprio a menos que ele tenha pra investir em sua demanda própria mas não pra ampliar a uma referência regional (Gestor V).

Soma-se ainda ao contexto supracitado a dificuldade de exercício de relações interfederativas solidárias de compartilhamento de metas e responsabilidades entre os entes federados diante das dificuldades de execução da política de saúde em nível regional, como posso ser observado na fala do Gestor VII, assim:

Na verdade a gente sempre repassa para o município que o munícipe é de responsabilidade dele, então a garantia da assistência é dele. E aí como eles resolvem a gente só faz monitorar, monitora os dados, monitora quantas gestantes estão chegando, quantas gestante chegaram sem nenhum exame, o que que está se fazendo, como é que pode fazer, e assim, alguns municípios nossos o ministério público é bem atuante, então está sempre questionando, e duas redes eles questionam muito que é a rede materno-infantil e a rede de saúde mental.

Para Ianni et al. (2012) afirmam que as principais barreiras para o exercício de relações interfederativas solidárias e cooperativas estão, em parte, associados a “dinâmica política loco-regional”, “fragilidade dos instrumentos de pactuação”, “autarquização dos níveis de gestão” e “a competição por recursos”. De acordo com Guimarães e Giovanella (2004) a competição entre os entes federados, principalmente sob a perspectiva intermunicipal, tem seu lócus de nascimento acontecendo de forma gradual a partir da indefinição do papel de coordenação de um sistema universal de saúde implementado por entes federados com capacidades técnicas, administrativas e de arrecadação de recursos distintas.

Dessa forma, observa-se que “as situações de competição entre as esferas de governo prevaleceram sobre as de cooperação” ainda tendendo a “relações predatórias e competitivas entre os níveis de governo, agravadas nos anos 1990 por crises fiscais que interferiram na atuação política e de coordenação das esferas” (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Semelhante as demais políticas estratégicas do Sistema Único de Saúde, o financiamento da Rede Cegonha é posicionada pela portaria ministerial como uma atribuição tripartite (GIOVANNI, 2013), todavia, tal instrumento normatizador, não apresenta definições claras sob o processo de corresponsabilização dos estados e municípios nesse processo de financiamento, o que também pode tender a não efetivação de percentuais mínimos de recursos financeiros dos entes subnacionais que se somem aos recursos federais para o alcance dos resultados propostos.

Nesse cenário, romper as barreiras da compreensão da execução do sistema pela ótica exclusiva da administração municipal e exercitar o pensamento de Região de Saúde, tendo em vista a busca pela integralidade da atenção a saúde da mulher e criança, apresenta-se como um desafio, passado e futuro, mais frágil ainda quando se vislumbra a limitação de recursos para os investimentos em serviços públicos de saúde pela União, ente federado com maior poder de arrecadação nacional.

Todavia, segundo Carvalho, Jesus e Senra, (2017) “só é possível avançar no processo de regionalização discutindo o modelo de financiamento do SUS”. Ou ainda, incluindo para além do financiamento compartilhado, uma reorganização institucional do Sistema Único de

Saúde, sob as perspectivas da “regionalização da saúde, integração de serviços, governança regional, autoridade sanitária regional e suas responsabilidades, planejamento regional” (SANTOS; CAMPOS, 2015). Dessa forma, conferindo maior clareza sob a participação dos entes federados e sob a forma de responsabilização dos mesmos, frente aos descumprimentos de acordos. Destarte, apesar das fragilidades conjunturais, o “*espaço regional*” ainda se mostra como território privilegiado para a efetivação e exercício da cooperação, a luz da solidariedade entre entes federados (CARNEIRO; FORSTER, FERREIRA, 2014).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aporte teórico e de relatos de experiências exitosas em Regiões de Saúde nacionais embasam empiricamente e fortalecem o discurso que a condução da política de saúde por meio de arranjos de governança regional podem conferir maior capacidade de lograr resultados sanitários positivos como também maior amadurecimento institucional permeados por solidariedade interfederativa. Esse fenômeno pode ser considerado um aspecto chave para a exequibilidade das ações e serviços de saúde a nível regional, principalmente quando se observa o contexto historicamente brasileiro caracterizado pelos conflitos de interesses entre os atores federativos estaduais e municipais, macropoliticamente e micropoliticamente, visando a captação dos recursos financeiros limitados para a política pública de saúde.

Nas Regiões de Saúde, em tela nesse estudo, evidenciou-se o avanço institucional na organização de uma estrutura de governança regional, expressa pelos seguintes aspectos: definição de normas de decisão compartilhada, expressa principalmente pelo regimento interno da CIR; estruturação de rotinas e horários de início e encerramento das plenárias bem como o respeito ao quantitativo de membros necessários para os momentos de decisão e para os momentos somente de discussão das pautas; heterogeneidade na configuração da representatividade de atores locais para além dos membros com poder de voto no colegiado, como a própria comunidade e os prestadores de serviços públicos e/ou privados.

Ainda, soma-se ao contexto supracitado a implantação de instâncias de apoio técnico às decisões colegiadas, como a Câmara Técnica, que apesar de apresentarem fragilidades decorrentes da não adesão dos membros, principalmente aqueles vinculados à estrutura da administração pública municipal, tem exercido influência nas orientações e reorientações dos planos de implantação das políticas de saúde regionais.

Entretanto, quando a análise se amplia para aqueles aspectos referentes à dinâmica entre tais componentes, à luz de uma compreensão analítica da possibilidade do rompimento da simples reprodução do “*fazer saúde*” que é conferido pela abordagem teórico-metodológica do institucionalismo histórico, compreende-se que o espaço de governança regional reproduz e tem sua agenda de discussão e decisão induzida pela agenda governamental do ente federado estadual. Esta, por sua vez, tem na agenda governamental da União seu orientador-indutor, logo, indo de encontro ao objetivo central da descentralização que é o da possibilidade de planejamento e execução da política de saúde pelos atores sociais locais à luz das peculiaridades sanitárias do território.

Esse panorama expressa-se nas políticas de caráter federal “descentralizadas” para a execução pelos entes subnacionais, sob a atuação da Região de Saúde, se fazendo presente também no cenário da Rede Cegonha. No qual, para além das limitações normativas presentes na portaria ministerial que define uma rede fortemente estruturada e orientada pelos serviços de atenção ao parto e nascimento, evidenciou-se no contexto de Pernambuco a maior participação do ente federado estadual no que tange a indução do desenho regional da Rede Cegonha a partir dos hospitais regionais como locus central das ações e serviços de saúde prestadas a mulher no ciclo gravídico-puerperal e criança até os 24 meses de idade.

Tal contexto influenciou diretamente na dificuldade de monitoramento e avaliação das ações e serviços da Rede Cegonha pelos atores locais executadas pelos hospitais regionais, de administração indireta do ente federado estadual, repercutindo também na exacerbação dos conflitos presentes nas relações interfederativas entre municípios e o ente federado estadual.

Assim, o engessamento federal e posteriormente estadual conferido a Rede Cegonha promoveu nas Regiões de Saúde em tela uma discussão residual, sem identidade entre ações e serviços demandados ao público ao em específico com a respectiva estratégia. Dessa forma, evidenciando uma fragmentação que se inicia no processo de planejamento da política de saúde e se reproduz até os espaços de cuidado.

Essa análise pode ser empiricamente evidenciada no âmbito das discussões referente a atenção básica organicamente coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de serviços de saúde, entretanto fazendo parte de uma discussão desvinculada e restrita a responsabilidade da administração pública municipal, sem maiores rupturas desse cenário, para aquele de planejamento regional.

Destarte, a luz dessa narrativa, nota-se a necessidade de reformulação das estratégias de fortalecimento da governança regional por meio das Comissões Intergestores Regionais, com ênfase a um maior alinhamento entre descentralização de atribuições e de recursos financeiros, ou seja, efetiva redistribuição de poder entre os entes federados, conferindo aos atores locais a possibilidade de planejamento das ações e serviços de saúde referente a Rede Cegonha de acordo com as necessidades e demandas de saúde locais das mulheres e crianças.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. 280f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- ALCANTARA, F. H. C. As reformas legais e o processo de descentralização: aspectos jurídicos e políticos. **Revista de Sociologia e Política**, Paraná, v. 19, n. 39, p. 197-210, 2011.
- ALMEIDA, M. H. T. de. Federalismo democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica**, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.
- ARRETCHE, M. Quando instituições federativas fortalecem o Governo Central. In.: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 29-64.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.
- ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 17-21, 2009.
- AZEVEDO, S.; ANASTASIA, F. Governança, "accountability" e responsividade. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 79-87, 2002.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2011. cap 5. p.138-172.
- BARRIOS, S. T. G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde:** estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. 2009. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2009.
- BESSA, K. Estudos sobre a rede urbana: os precursores da teoria das localidades centrais. **GeoTextos**, Salvador, v. 8, n. 1, p. 147-165, 2012.
- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de

saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constitui cao/constituicao%20compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitui%20cao/constituicao%20compilado.htm)>. Acesso em : 25 de set. 2017.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao\\_assist\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/pt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/pt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 12 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 19 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html)>. Acesso em: 11 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subprojeto Regional Qualisus-rede. Região Interestadual Pernambuco-Bahia. **Tecnologia da informação:** uma proposta de integração da rede de saúde do Vale do Médio São Francisco. Juazeiro, 2012. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-Qualisus-BAePE-web.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública**. Brasília, 2013a. 57 p. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/comunidades/governanca/entendendo-a-governanca/referencial-de-governanca/>>. Acesso em:12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2013b. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/>>

documentos/passos\_a\_passos\_dab.pdf >. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Departamento de informática do SUS. **Informações em Saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 16 out. 2017.

CALADO, S. S.; FERREIRA, S. C. R. **Análise de Documentos: Método de Recolha e Análise de dados**. Disciplina Metodologia da Investigação I – Mestrado em Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005. Disponível em < <http://docplayer.com.br/12123665-Analise-de-documentos-metodo-de-recolha-e-analise-de-dados.html>>. Acesso em: 16 out. 2017.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 57-68, 2014.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, pp.1155-1164, 2017.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

ELIAS, P.E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública** Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, 2009.

FONTES FILHO, J. R.; PICOLIN, L. M. Governança corporativa em empresas estatais: avanços, propostas e limitações. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1163-1188, 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In.: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 244-270.

GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 2013. 99 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Rio de Janeiro, 2013.

GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA A. C. et al. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-255.

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

GUIZARDI, F. L.; LOPES, M. R.; CUNHA, M. L. S. Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2011. cap 8. p.138-172.

GRANJA, S. I. B. **Elaboração e avaliação de projetos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC; [Brasília]: Capes: UAB, 2010. 122p.

HAESBERT, R. Região, regionalização e regionalidade: questões contemporâneas. **Antares**, Caxias do Sul, n. 3, p. 2-24, 2010.

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 de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl.2, p. 336, 2004.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n 58, p 193-223, 2003.

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

KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 69, 2009.

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

SERPA, S. M. H. C. Nota Técnica - Seaud 2/2013 Compreendendo os conceitos de governança para controlar. **Revista do Tribunal de Contas da União**, Brasília, n. 127, p 34-47, 2013.

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

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, 2006.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LIMA, A. D. D.; GURGEL JUNIOR G. D.; BARROS, J. P. Governança na Comissão Intergestores Regional da XI Região de Saúde de Pernambuco: atores sociais e recursos de poder. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 7., 2016, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2016.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In.: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro - organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília. Ipea: MS, 2013, v. 3, p. 73-139.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

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

LIMA, L. D. et al. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, supl. 1, p. S107-S119, 2017.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2011. cap 4. p.138-172.

LIMA, L. L. **Gestão da política de saúde no município: a questão da autonomia**. 2005. 101f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2005.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, 2007.

MACHADO, C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? In.: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 29-64.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 52, p. 15-37, 2014.

MARINI, C.; MARTINS, H. F.; MOTA, J. P. A Fronteira da Governança: Precedentes e Fatores Essenciais para a Inovação Sustentável. In.: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, 16., 2011, Asunción. **Anais**. Paraguay: Centro Latinoamericano de Administración para el

Desarrollo, 2011. Disponível em: <<http://publix-teste.vm-host.net/documents/14/24668/A+FRONTEIRA+DA+GOVERNAN%C3%87A/20dfbcc4-aa95-4613-b755-afab04c5931c>>. Acesso em: 23 dez. 2016

MARINI, C.; MARTINS, H. F. “Governança para Resultados: Atributos Ideais de um Modelo”. In.: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília. **Anais**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, 2010. Disponível em: <[http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Materia\\_l\\_%20CONSAD/paineis\\_III\\_congresso\\_consad/painel\\_12/governanca\\_para\\_resultados\\_conceitos\\_e\\_tendencias.pdf](http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Materia_l_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_12/governanca_para_resultados_conceitos_e_tendencias.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

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

MARTINS, H. F. **Governança Pública**. 2011. A partir de “Governance Challenges in Contemporary and Future Brazil”, Russian National Academy of Economics and Public Administration, jul 2011. Disponível em: <[http://igepp.com.br/uploads/ebook/1.governanca\\_publica.pdf](http://igepp.com.br/uploads/ebook/1.governanca_publica.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

MELO, M. A. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e política social. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 845-889, 2005.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 673-690, 2011.

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS; 2011. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-deapoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-deapoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2016.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas. Washington, 2008. (Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas). Disponível em: <[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307)>. Acesso em: 19 dez. 2016.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, Londres, p. 11-31, 2011. (Série Brasil).

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819- 1829, 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 52, p. 58-71, 2014.

PERNAMBUCO. Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009. Programa Mãe Coruja Pernambucana. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, 16 dez. 2009: Seção 1.

PESCUMA JUNIOR, A.; MENDES, A. N. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 161-177, 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br>>. Acesso em: 10 out. 2016.

ROCHA, C. V. Significados e tendências do federalismo e das relações intergovernamentais no Brasil e na Espanha. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 29-64.

RODRIGUES, A. C. Manual de tipologia documental: um instrumento de gestão para arquivos municipais brasileiros. In: CONGRESSO NACIONAL DE ARQUIVOLOGIA, 1., 2005, Curitiba. **Anais...** . Curitiba: Associação Brasileira de Arquivologia, 2005.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

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

SANTOS, C. M. C. et al. Governança nos espaços interfederativos. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5., 2012, Brasília, **Anais**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, 2012. Disponível em:< [http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/696/1/C5\\_TP\\_GOVERNAN%3%87A%20NOS%20ESPA%3%87OS%20INTERFEDERATIVOS.pdf](http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/696/1/C5_TP_GOVERNAN%3%87A%20NOS%20ESPA%3%87OS%20INTERFEDERATIVOS.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2016.

SANTOS, F. A. S. et al. Health regionalization and financing: a case study. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015.

SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralização**. 2012. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, SP, 2012.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

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.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

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

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

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.

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

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

TRAVASSOS C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In.: GIOVANELLA L, et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

VIANA, A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Política. In.: GIOVANELLA et al. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

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

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025- 1049, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, Londres, p. 32-46, maio 2011 (Série Brasil).

YIN, R. K. **Estudo de Caso, planejamento e métodos**. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“Governança Interfederativa na Condução da Política de Saúde Materno-Infantil na Macrorregião de Saúde de Petrolina - PE”**.

Você foi selecionado de forma intencional, por ser considerado como interlocutor-chave sobre o processo decisório em saúde contido, e para além, do espaço de governança da Comissão Intergestores Regional (CIR) para a condução da política de atenção a saúde materno-infantil em Pernambuco. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O Objetivo deste estudo **é compreender o processo decisório em saúde para a conformação da rede de atenção à saúde materno-infantil, através da Rede Cegonha, como subsídio teórico-reflexivo ao fortalecimento da condução da atenção a saúde.**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder de forma objetiva a uma entrevista semiestruturada. O único risco possível com a sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais, o que diminuirá este risco. Este estudo não trará gasto para os participantes. A sua identidade será guardada. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador responsável e a outra entregue a você, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM através do telefone (81) 21012639.

Nome e assinatura do pesquisador Responsável:

ANDERSONDANILO DARIO LIMA: \_\_\_\_\_

Endereço: Avenida Polidoro, 380 – Várzea, Recife, PE. CEP: 50740-050.

E-mail: anderson\_danilo\_fisio@hotmail.com

Fone: (87) 99665-1714

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## APÊNDICE B - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

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?

Quais têm sido os mecanismos de articulação entre os pontos de atenção a saúde na Rede Cegonha? Como se dá essa articulação no território?

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

Como tem se desenvolvido a regulação do acesso e continuidade no cuidado pela Rede Cegonha no arranjo da Região de Saúde? Quais atores diretamente envolvidos?

Diante da necessidade de cooperação para planejamento e implementação da Rede Cegonha, 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).

Como têm ocorrido o processo de monitoramento e avaliação, quanto aos resultados sanitários, utilização dos recursos financeiros, respeito as pactuações, da Rede Cegonha? (instâncias onde ocorrem, atores responsáveis, metodologias utilizadas).

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).

## ANEXO A - CARTA DE ANUIÊNCIA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 09 de março de 2017

## DECLARAÇÃO DE ANUIÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA MACROREGIÃO DE SAÚDE DE PETROLINA - PE**, do pesquisador: **Anderson Danilo Dario Lima**, aluno do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM – Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, sob a orientação do Professor Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior, nas dependências da Secretaria Executiva de Atenção em Saúde e Secretaria Executiva de Coordenação Geral, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

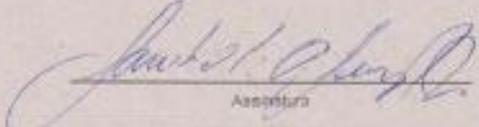
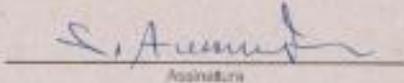
*J. Siqueira*  
Juliana Siqueira

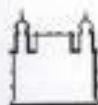
Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira  
Diretora Geral de Educação  
na Saúde - SES/PE  
Matrícula nº 262.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongi – Recife – PE  
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

## ANEXO B – FOLHA DE ROSTO

Projeto Formo Brasil		MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP	
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS).		2. Número de Participantes da Pesquisa: 0	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR			
6. CPF: 450.915.794-00		7. Endereço (Rua, n.º): Estrada da Aldeia - PE-27, KM 15 CAMARAGIBE PERNAMBUCO 54370-10	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (81) 9960-5577	10. Outro Telefone:
			11. E-mail: gurgel@cepem.fiocruz.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tento ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinado por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: ____ / ____ / ____		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ		13. CNPJ: 33.781.055/0007-20	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (81) 1101-2638		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>SINVAL PINTO BRANDÃO FILHO</u>		CPF: <u>160.932.754-34</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETOR</u>			
Data: <u>12 / 11 / 2015</u>		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
17. Nome: 5188 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ		18. Telefone: (81) 1101-2638	19. Outro Telefone:
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p>			
Nome: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____		E-mail: _____	
Data: ____ / ____ / ____			

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE VINCULAÇÃO DE PROJETO**

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada: **GOVERNANÇA INTERFEDERATIVA NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA MACROREGIÃO DE SAÚDE DE PETROLINA-PE**, conduzida pelo pesquisador Anderson Danilo Dario Lima, aluno do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), 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) sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP do Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE.

Recife, 01 de dezembro de 2016.

Garibaldi Duffas Gurgel Jr.

COORDENADOR DO GRUPO DE PESQUISA