

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO EM SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA RAFAELA VICENTE DA SILVA

**GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA: UM ESTUDO DE CASO DA I  
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

**RECIFE**

**2019**

BRUNA RAFAELA VICENTE DA SILVA

GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA: UM ESTUDO DE CASO DA I  
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

RECIFE

2019

---

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

---

S586g Silva, Bruna Rafaela Vicente da.  
Governança Regional da Rede Cegonha: um estudo de caso da I  
Gerência Regional de Saúde de Pernambuco/ Bruna Rafaela Vicente  
da Silva. — Recife: [s. n.], 2019.

28 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) –  
Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

1. Direção e Governança do Setor de Saúde. 2. Serviços de  
Saúde Materno-Infantil. 3. Gestão em Saúde. I. Gurgel Junior,  
Garibaldi Dantas. II. Título.

---

CDU 614.39

BRUNA RAFAELA VICENTE DA SILVA

GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA: UM ESTUDO DE CASO DA I  
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

MSc. Eliane Maria Medeiros Leal

Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre

Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS

---

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

**GOVERNANÇA REGIONAL DA REDE CEGONHA: UM ESTUDO DE CASO DA I  
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

**REGIONAL GOVERNANCE OF THE STREET NETWORK: A CASE STUDY OF  
THE REGIONAL HEALTH MANAGEMENT OF PERNAMBUCO**

Bruna Rafaela Vicente da Silva <sup>1</sup>

Garibaldi Dantas Gurgel Junior <sup>1</sup>

<sup>(1)</sup> Instituto Aggeu Magalhães (IAM)/ Fundação Oswaldo Cruz

Endereço para correspondência do autor responsável:

Bruna Rafaela Vicente da Silva: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz, Av. Moraes Rego, s/n, Recife - Pernambuco - Brasil, 50670-420. Fone (87) 98172-8379. E-mail: Bruna\_rafhaella@hotmail.com

## RESUMO

A comissão intergestores regional- CIR é uma instância de gestão intergovernamental, espaço de negociação, tomada decisão de colegiada, e a principal estratégia de governança regional como componente de uma rede regionalizada. Com o objetivo de analisar o processo de Governança Regional da Rede Cegonha (RC) na I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco foi realizado um estudo de caso do tipo qualitativo com base em pesquisa documental, utilizando como fonte principal as atas da CIR, observando conteúdo das pautas, elementos discutidos, pactuações e atuação dos sujeitos. Os resultados alcançados evidenciam fragmentação no processo de governança desde a dinâmica de funcionamento da CIR com baixa participação da gestão regional, até as lacunas no planejamento regional que repercute na incipiente prática para operar na lógica de rede. Foi possível concluir que há um subaproveitamento da CIR como locus de governança regional, onde a tomada de decisão na RC é substituída por processo meramente formal e a execução do trabalho em rede não existe.

**Palavras chaves:** Governança Regional. Rede Cegonha. CIR.

## ABSTRACT

The Regional Interagency Committee (CIR) is an intergovernmental management body, a negotiating area, a collegial decision-making body, and the main regional governance strategy as part of a regionalized network. With the objective of analyzing the process of Regional Governance of the Stork Network (RC) in the I Regional Management of Health of Pernambuco, a case study of the qualitative type was carried out based on documentary research, using as main source the CIR minutes, observing content of the guidelines, elements discussed, pacts and actions of the subjects. The results obtained show fragmentation in the governance process from the dynamic of CIR operation with a low participation of the regional management, to the gaps in regional planning that have repercussions in the incipient practice to operate in the network logic. It was possible to conclude that there is an underutilization of the CIR as a locus of regional governance, where decision-making in the RC is replaced by a purely formal process and the exercise of networking does not exist.

**Keywords:** Regional Governance. Stork Network. CIR

## INTRODUÇÃO

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

A regionalização como diretriz do SUS surge favorecendo a ação solidária e cooperativa entre as autoridades sanitárias dos entes federados, sobretudo em nível subnacional, com o objetivo de reduzir as desigualdades locorregionais e ampliar o acesso, por meio da conjugação interfederativa de recursos para promoção da equidade social (BRASIL, 2011b). Essa é uma das agendas institucionais da segunda geração de reformas no SUS, que vem sendo pactuada em oposição ao processo de municipalização isolada, autárquica e estanque, resultante das reformas de primeira geração que marcaram toda a década de 90 no país. Através da regionalização, foi colocada na agenda das autoridades sanitárias do país um pacto intergovernamental: os gestores das três esferas do SUS passaram a pactuar responsabilidades nos campos da gestão e da atenção à saúde, para superar as dificuldades enfrentadas em relação à descentralização das ações e serviços (BRASIL, 2006b).

Com o objetivo estratégico de concretizar Regiões de Saúde (RS) articuladas para superação da fragmentação histórica do cuidado, institui-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Portaria n. 4.279/10, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, através de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas e naturezas jurídicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

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

Com intuito de integrar o sistema de saúde, foi definido que a organização do cuidado seria operacionalizada através das redes regionais articuladas a Atenção Primária em Saúde (APS). Essas redes articuladas passariam a ser a expressão de uma nova lógica de governança

e organização dos serviços de saúde compartilhados. Esse processo continua em construção com a busca de articulação sistêmica e funcional dos níveis de atenção; diferente dos modelos fechados, baseados no comando único por esfera de governo. Esse novo modelo requer ações pactuadas e compartilhadas de diferentes serviços e profissionais e interações com diversas organizações com formatos jurídicos e propósitos econômicos (VIANA, 2018). Esse movimento institucional se coloca formalmente em nome das necessidades complexas da saúde, na busca de respostas, em tempo oportuno e coordenadas no cuidado contínuo da rede assistencial.

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

O Decreto 7.508/11 demarca a Comissão Intergestores Regional (CIR) como instância de governança regional que visa a tomada de decisão compartilhada, baseada na interdependência e cooperação, com protagonismo dos todos gestores regionais, que, em colegiado, devem pactuar aspectos informacionais, financeiros, administrativos e políticos na coordenação do cuidado (BRASIL, 2011). A CIR possibilita a articulação dos níveis loco regionais para promoção do cuidado integral, sendo uma instancia ascendente de governança institucional no SUS e as regiões de saúde, que atua como espaço para operacionalização das RAS e gestão das linhas de cuidado. A criação da CIR veio proporcionar, através do processo de governança, a possibilidade de formalizar a cooperação intergovernamental na condução das redes de serviços de saúde em nível regional.

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

Entretanto, fatores como a fragmentação da estrutura de assistência à saúde e a incipiente capacidade de operar na lógica de cuidado integral vão de encontro as possibilidades de coordenação da rede regional. Esse é um dos principais entraves históricos da atenção da saúde materno-infantil nesse nível do sistema que resulta em barreiras de acesso e na peregrinação de gestantes para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto. As fragilidades da rede assistencial no que tange ao seguimento materno-infantil no período pré e pós-parto, assim como, as lacunas no acompanhamento do desenvolvimento da



criança para que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor é um desafio para o SUS (BRASIL, 2011b).

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

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

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

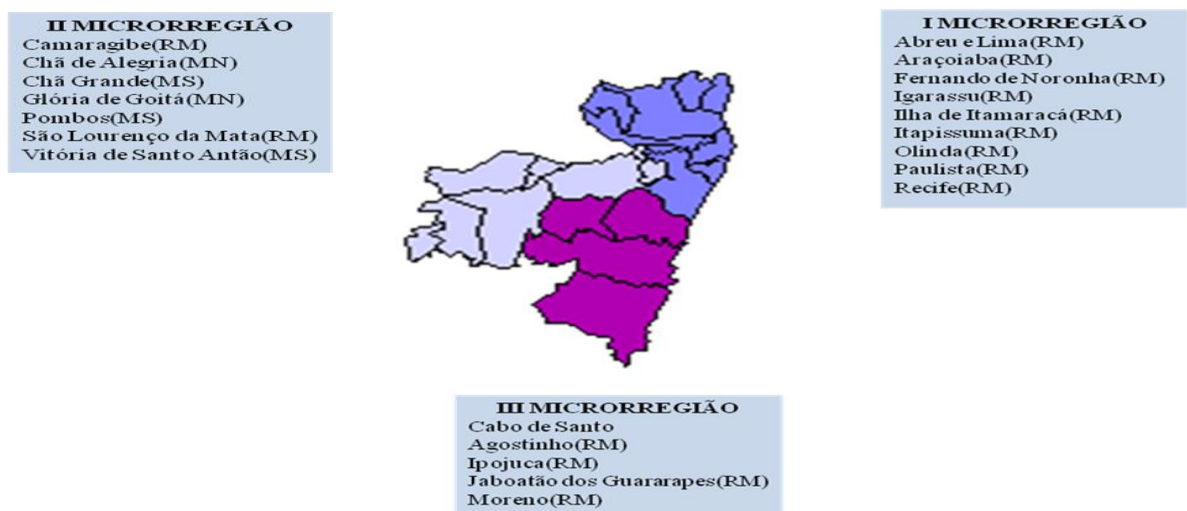
A RC é considerada na sua implantação pelo Ministério da Saúde uma das Redes Temáticas de Atenção à Saúde prioritárias, o que, politicamente, apresenta-se como uma forte estratégia de enfrentamento da mortalidade materna e infantil. Sua condução como rede expressa a qualidade da governança regional,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

## MÉTODO

O estudo tem como objeto a análise da Governança Regional da Rede Cegonha (RC) na I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. O estado é composto por 184 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha, e dividido em 4 macrorregiões de saúde e 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde é responsável por uma parte dos municípios, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, possibilitando que necessidades de cada região recebam atenção na hora de decidir sobre as ações (PERNAMBUCO, 2019).

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

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



Fonte: PERNAMBUCO, 2011

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

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

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

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica, através da identificação e organização das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011). O processo de análise teve início com a leitura de todos os documentos; as atas foram selecionadas a partir do critério de conter de alguma forma o tema Rede Cegonha. De um total de 42 atas, 26 foram selecionadas, sendo as informações categorizadas em tabela e elencadas as seguintes categorias de análise que emergiram no processo metodológico de organização dos dados: a dinâmica da Comissão Intergestores Regionais-CIR e o processo de governança regional; governança regional na condução da

Rede Cegonha; a participação da CIR como ferramenta de governança no processo de implantação da Rede Cegonha.

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 número de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP, desenvolvida de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Foi emitida pela instituição de pesquisa uma Declaração de Vínculo atestando a conformidade dos objetivos e metodologia do recorte de pesquisa ao respectivo macroprojeto. As cópias dos documentos, assim como os dados, foram armazenadas em banco de dados sob a responsabilidade da equipe de pesquisa; receberam o tratamento metodológico da análise documental, visando unicamente garantir maior robustez ao corpo analítico-reflexivo deste trabalho, tendo como norteadores os objetivos propostos, garantindo sigilo e confidencialidade das informações.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **A DINÂMICA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS (CIR) E O PROCESSO DE GOVERNANÇA REGIONAL**

A CIR da I GERES é constituída por secretários de saúde dos 19 municípios, além do distrito estadual de Fernando de Noronha, representantes da Secretária Estadual de Saúde (SES) e convidados. As reuniões do colegiado acontecem na terceira quinta-feira de cada mês, com exceção de janeiro, mês em que não acontece reunião. A presidência da CIR é exercida pelo gerente da regional, e a vice-presidência, por representante dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). O colegiado conta com atores institucionais locais participantes de processos políticos, sociais e econômicos importantes do estado, demonstrando potencial de intervenção e capacidade potencial de governança na condução das políticas de saúde regional.

O Decreto Federal n. 7.508-11 propõe maior participação da gestão municipal nas decisões e condução das políticas, ações e serviços de saúde através da CIR (BRASIL, 2011a). A dinâmica de funcionamento da CIR, como a assiduidade dos secretários municipais e/ou representantes nas reuniões, afeta diretamente seu funcionamento e capacidade de atuação. Foi observado que esse fator na I GERES de Pernambuco de 2015 a 2018 tem

impacto sobre sua funcionalidade. Tendo em vista que o estudo é qualitativo e os números são pequenos para compreender o fenômeno de forma quantificada, o objetivo foi de interpretar os números e seu significado no contexto.

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

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

2015	
ASSIDUIDADE	MUNICÍPIO
0%-30%	0
30%-60%	05
60%-90%	13
90%-100%	02

**Fonte:** elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I GERES de Pernambuco.

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

2017	
ASSIDUIDADE	MUNICÍPIO
0%-30%	01
30%-60%	04
60%-90%	10
90%-100%	05

**Fonte:** elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I GERES de Pernambuco.

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

2016	
ASSIDUIDADE	MUNICÍPIO
0%-30%	02
30%-60%	07
60%-90%	10
90%-100%	01

**Fonte:** elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I GERES de Pernambuco.

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

2018	
ASSIDUIDADE	MUNICÍPIO
0%-30%	06
30%-60%	07
60%-90%	07
90%-100%	0

**Fonte:** elaboração dos autores a partir das atas das plenárias CIR da I GERES de Pernambuco.

A assiduidade é um fator crucial na dinâmica da CIR como espaço de governança regional; a presença dos gestores e/ou representantes é o alicerce para consolidação desse processo de discussão e potencial de pactuação política e institucional. Foi possível observar a

fragilidade da participação dos atores municipais nas plenárias das reuniões e a presença como aspecto formal e normativo, com baixa participação e ausências importantes das autoridades sanitárias municipais, fatos que resultam em entraves que perduram como prática recorrente.

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

A falta do secretário de saúde na CIR impacta negativamente a governança regional de maneira contundente, pois compromete o processo decisório e o compartilhamento de poderes no provimento das necessidades regionais em saúde. Como aponta em seu estudo Lima (2018), ausências e atrasos dos gestores municipais às reuniões, assim como a própria participação escassa em demandas de aspecto regional, limitam as discussões e possíveis encaminhamentos da plenária.

Nas atas da CIR, só foi descrito se havia a presença do secretário e/ou do representante a partir de 2017, antes disso o município presente era registrado sem indicação de quem era seu representante formal; dessa maneira, só foi possível analisar esse fator nos dois últimos anos. Em 2017, apenas dois secretários de saúde participaram de mais de 60% das CIR e secretários de onze municípios participaram de até 30% das reuniões desse mesmo ano (tabela 5); em 2018, secretários de saúde de 9 municípios participaram de até 30% das reuniões (tabela 6) – são números significativamente baixos referentes a participação desses atores, que atuam como fator limitante para o processo deliberativo diante das necessidades locorregionais e dificulta o processo da governança regional.

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

<b>2017</b>	
<b>ASSIDUIDADE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
0%-30%	11
30%-60%	07
60%-90%	02
90%-100%	0

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

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

<b>2018</b>	
<b>ASSIDUIDADE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
0%-30%	09
30%-60%	09
60%-90%	02
90%-100%	0

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

As pautas da reunião seguinte são definidas ao final de cada reunião pelos membros presentes, por demanda da SES ou por agentes e instituições externas à CIR, como o Ministério Público de Pernambuco (MPPE). Restou evidente nas atas em que a Rede Cegonha ou temas relacionados foram pautados a escassa participação do ente municipal na demanda para definição dessas pautas: de um total de 26 atas do período de 2015 a 2018, o município foi ator proponente em três momentos apenas (tabela 7).

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

O gestor estadual foi o principal ator proponente e também o principal ator a definir prioridades e pactuações com caráter verticalizado, indo contra toda a lógica da governança e compartilhamento de prerrogativas das autoridades sanitárias locais. Isso provoca um desequilíbrio de poder entre os entes na governança regional, mas esse comportamento talvez seja explicado pelas ausências dos secretários. De todo modo, a autoridade sanitária estadual é o ente com o papel de liderança na coordenação do processo de regionalização e governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, mas esse processo deveria ser ascendente (BRASIL, 2009). O processo de tomada de decisão de forma coletivamente compartilhada é comprometido quando a direcionalidade de um ente é soberana aos demais, e as demandas das necessidades locorregionais ficam em segundo plano, comprometendo todo o processo de condução da rede de forma colegiada (tabela 7). Fenômeno proeminente que provoca uma lacuna na regionalização e seu processo de governança, ainda marcado por um forte componente centralizador, tendo como protagonistas o Estado e o MS, em detrimento das discussões e demandas loco regionais das organizações responsáveis pelo de cuidado do processo de governança regional. Em Pernambuco o número expressivo de organizações de saúde sob gestão estadual deve ter algum impacto sobre essas relações de “governança hierarquizadas” e potencialmente conflitivas.

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

<b>PAUTAS</b>	
<b>ATOR</b>	<b>NÚMERO</b>
MUNICÍPIO	03
I GERES	21
SES	12
COSEMS	04

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

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

A dinâmica de funcionamento da CIR denuncia a fragilidade no processo de governança, elemento fundamental no enfrentamento dos desafios para a efetividade da rede integrada nas regiões de saúde do SUS. Como afirmam Bretas Junior e Shimizu (2017), o exercício das ações de uma rede implica a existência de estrutura que possibilite a atuação política institucional dos diferentes atores envolvidos no compartilhamento de poderes e responsabilidades sanitárias. A rede regional depende da CIR e da qualidade do processo de governança nesse nível e articulação com os atores institucionais envolvidos diretamente com a prestação de serviços. A CIR é o principal palco de negociação para viabilizar o planejamento ascendente e associado a isso o compartilhamento de informações e recursos é fundamental para sua institucionalização de fato. Isso aponta para a importância desse espaço deliberativo para a cooperação e coordenação da condução da política de saúde no contexto



regional para fundamentar o processo de compartilhamento, sobretudo dos recursos financeiros e organizacionais envolvidos.

O decreto 7508/11 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) da Saúde, acordo de colaboração firmado entre entes federativos com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011). Para Lima (2018, apud SANTOS; CAMPOS, 2015), esse instrumento norteador do pacto federativo é estratégico no planejamento em saúde locorregional, pois tende a dirimir as fronteiras da competitividade interfederativa ao fortalecer a cooperação e a solidariedade entre entes federados, mediante a corresponsabilização das ações e serviços de saúde na região. Apesar da existência desse instrumento, Pernambuco não instituiu nem protagoniza sua discussão nesse contexto regional. Essa é uma lacuna importante que marca o processo histórico do estado no âmbito da segunda geração de reforma e as limitações da nova administração pública no SUS.

### **GOVERNANÇA REGIONAL NA CONDUÇÃO DA REDE CEGONHA**

A CIR da I GERES, apesar do seu potencial, produz baixo impacto no processo de governança regional da Rede Cegonha, que ainda encontra entraves importantes para a implantação e coordenação dessa pretensa rede integrada. Foi possível observar um número de pautas, apresentações e informes contemplando a RC, o que contabiliza mais de uma oportunidade por reunião com entrada nessa agenda intergovernamental de caráter regional ao longo dos anos analisados. Entretanto, do total de 35 pautas relacionadas a RC, foram observadas pactuações registradas formalmente em apenas cinco momentos como se observa na (tabela 8). As reuniões de CIR são marcadas por demandas burocráticas e pautas administrativas, concentradas em informes que demonstra um caráter mais consultivo que deliberativo dessa comissão regional. Assim como, no estudo de Santos e Giovanella (2014), as pautas analisadas demonstram que as reuniões são induzidas por política nacional/estadual, com escassez de espaço para diálogo sobre as causas e entraves dos problemas específicos da região.

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

ANO	CARÁTER	
	DELIBERATIVO	CONSULTIVO
2015	01	09
2016	02	8
2017	02	11
2018	0	09

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

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

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

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

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

DATA	PAUTA/ INFORME/ APRESENTAÇÃO	ATOR	ENCAMINHAMENTO /PACTUAÇÃO
23/02/2015	PAUTA: Apresentação do GT de óbito infantil e fetal da I Regional	GERES	
16/03/2015	PAUTA: Aprovação da composição do Grupo Condutor Rede Cegonha Regional	GERES	<b>Pactuação</b>
15/06/2015	PAUTA: Apresentação Sífilis Congênita no Estado e GERES	SES	Encaminhamento
17/08/2015	PAUTA: Apresentação Sífilis Congênita	SES	Encaminhamento
21/09/2015	INFORME: Apresentação do andamento dos GTs de Sífilis e Tuberculose	GERES	
16/11/2015	INFORME: Implantação da Regulação no Hospital Agamenon Magalhães especialidades: cardiopediatria, e pré-natal de alto risco  INFORME: CIR de fevereiro de 2016 será realizada reunião com a presença do MP para tratar fluxo da rede materno-infantil	GERES	
22/02/2016	INFORME: Planilhas de acompanhamento de bebês com microcefalia e gestantes com Exantema enviadas aos municípios	GERES	
21/03/2016	PAUTA: Apresentação da estrutura montada pelos municípios do Recife e Ipojuca para o enfrentamento e tratamento da microcefalia PAUTA: apresentação do fluxo microcefalia no estado; planilhas de microcefalia enviadas aos municípios INFORME: Vigilância do óbito materno-infantil; proposta de fortalecimento da atenção primária com ênfase no pré-natal e puericultura	MUNICÍPIO SES/ GERES	Encaminhamento: (segundo informe)
18/04/2016	PAUTA: Apresentação dos dados do novo cenário na planilha de acompanhamento das crianças com microcefalia INFORME: Repasse da reunião Macrorregional – discussão de Rede Materno-Infantil	GERES	

16/05/2016	PAUTA: apresentação Vigilância do Óbito Materno: situação da mortalidade materna na I Região PAUTA: apresentação e pactuação (Portaria Interministerial nº 405/2016 e RE CIB nº 2.866/16)	SES/ GERES	Encaminhamento (segunda pauta)
25/07/2016	INFORME: investigações de casos suspeitos de microcefalia, referente à Portaria Interministerial Nº 405/2016	GERES	
14/09/2016	PAUTA: aprovação da minuta referente remanejamento de recursos de obstetrícia para a Rede Cegonha na I Micro PAUTA: apresentação do cenário epidemiológico da Sífilis em Pernambuco, mostrando os coeficientes de incidência e mortalidade por sífilis congênicas	GERES/ SES	Encaminhamento (primeira pauta)
29/11/2016	PAUTA: Remanejamento de leitos de retaguarda de Unidades Hospitalares da I Macrorregião de Saúde/PE PAUTA: Pactuação dos Indicadores de Transição do Pacto / COAP	SES/GERES	<b>Pactuado</b> <b>Pactuado</b>
21/02/2017	PAUTA: Rede de Urgência e Emergência materno-infantil	MUNÍCIPIO SES	<b>Pactuado</b>
21/03/2017	PAUTA: Rede Materno – Infantil (COSEMS) PAUTA: Composição da Câmara Técnica / CIR e GTs Rede Materno-Infantil e Rede Urgência e Emergência	COSEMS/ GERES	Encaminhamento
18/04/2017	PAUTA: Rede Materno-Infantil INFORME: Situação das Planilhas dos Casos Confirmados/Descartados para Síndrome Congênita o Zika Vírus	COSEMS/ GERES	<b>Pactuação</b>
16/05/2017	INFORME: Planilhas com a situação de regularidade no envio dos dados do SIM	GERES	
20/06/2017	PAUTA: Vigilância do Óbito Infantil, Fetal e Materno INFORME: Sífilis Congênita	GERES/ SES	Encaminhamento (pauta)
18/07/2017	PAUTA: Situação da Sífilis na I GERES	SES	
19/09/2017	PAUTA: O município de Jaboatão dos Guararapes apresentou solicitação de habilitação de 02 Centros de Partos Normais	MUNÍCIPIO	Encaminhamento

17/10/2017	INFORME: Retomada nas discussões do Desenho da Rede Cegonha da I GERES	GERES	
21/11/2017	PAUTA: Repactuação RC (alinhamento para reunião no MPPE)	SES/GERES/COSEMS	Encaminhamento
24/11/2017	PAUTA: Rede Cegonha da I Região de Saúde	SES/GERES/COSEMS	Encaminhamento
04/12/2017	PAUTA: R C finalização documento (MPPE)	SES/GERES	
15/05/2018	INFORME: sobre a realização de reunião do GCRMII dia 17/05 às 14 horas na (SES)	GERES	
30/08/2018	INFORME: Cobertura Vacinal – Campanha Nacional de seguimento Poliomielite e Sarampo.	GERES	Encaminhamento

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

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

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

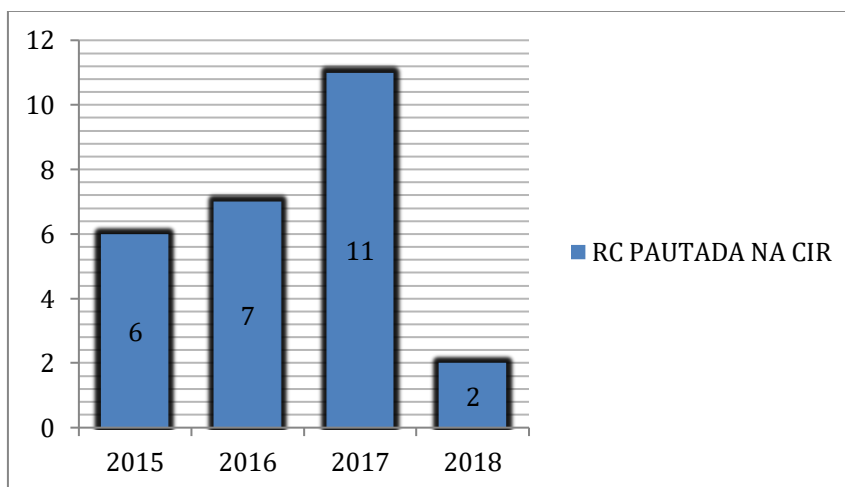
A maior parte dos gestores dos municípios da I GERES tem conhecimentos limitado sobre a saúde no seu território, existindo uma necessidade de planejamento ascendente da RC de forma integrada entre os municípios e o estado para o desenvolvimento de intervenções informadas por evidencias e não apenas reativas. Assim como aponta o estudo de Lima (2018), os gestores municipais e técnicos se colocam nas discussões e dispõem de informações de forma pontual, principalmente quando solicitados a explicar algum dado da rede materno-infantil ou investigação de óbito infantil. Essas discussões são realizadas de

forma isolada do restante das questões que envolvem a rede, demonstrando a desintegração do processo de articulação e integração (tabela 9).

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

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

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



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

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

## **A PARTICIPAÇÃO DA CIR COMO FERRAMENTA DE GOVERNANÇA NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

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

O processo de implantação da Rede Cegonha na I GERES foi iniciado com a Resolução CIB/PE n. 1.723/2011, que homologa a Rede Cegonha nas regiões prioritárias do estado de Pernambuco, entre elas a I região, aprova as diretrizes para a remodelagem da Rede Materno-Infantil e institui o Grupo Condutor da Rede Cegonha no estado; e pela Resolução CIR n. 19/2012, que dispõe sobre Plano Regional da Rede Cegonha – I GERES. Foi notório o incentivo ao fortalecimento do grupo condutor regional no processo de implantação da RC, demonstrando nesse âmbito características de boa governança. Mas sua ação no decorrer do processo passou a ser pontual, com articulação fragilizada na interlocução para a tomada de decisão da rede como no resto do país (BRASIL, 2012).

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

Cegonha sofreu o impacto da mudança de governo por processo de impeachment em nível federal e o conjunto de mudanças institucionais bruscas após esse evento com troca de governo e gestores federais.

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

DESENHO DA REDE	COMO ACONTECE
O município de Chã Grande é referendado para a APAMI no risco habitual e Hospital João Murilo para alto risco.	As gestantes de risco habitual e alto risco estão sendo encaminhadas para o Hospital João Murilo.
No município Moreno, a referência é a Clínica Santa Terezinha (Filantrópica).	A clínica fechou; não há mais referência, sendo tudo regulado pelo estado.
O município de Jaboatão dos Guararapes tem a referência para as gestantes de risco habitual: o Hospital Memorial Guararapes, com 41 leitos, e o Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres (SES), com 28 leitos.	Funcionamento comprometido e não suficiente; as gestantes terminam indo para outros municípios. Para o alto risco, a referência é o IMIP, mas na realidade não há vinculação.
Na microrregional 3, existe a disponibilidade da maternidade Rita Barradas em Jaboatão dos Guararapes.	Ela ainda está sendo construída e não pode ser referência.
Vitória de Santo Antão possui duas maternidades: uma estadual e outra filantrópica – a APAMI, referência para risco habitual; e o Hospital João Murilo é referência para alto risco.	O Hospital João Murilo é referência para alto risco, porém só possui UTI neonatal.
No desenho da Rede, Ipojuca não era referência para os outros municípios. Para o alto risco, a referência é HC.	Atualmente possui 20 leitos de internação e funciona de forma adequada. Para o alto risco, é regulado pela SES.

**Fonte:** o autor a partir de documentos da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

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

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



A participação da CIR foi presente em ambos os processos: tanto de implantação quanto de reorganização da rede; aconteceu um exercício de gestão compartilhada envolvendo diversos atores em âmbito regional. De forma conjunta foram estabelecidas estratégias e metas. Porém a execução e a continuidade desse processo não ocorreram como inicialmente pensado em nível nacional. Na prática do trabalho de integração d rede não existiu e o exercício do plano de ação teve como principal entrave o descompasso entre o idealizado e a real estrutura institucional da RC.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

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

A construção de bases sólidas de governança regional requer o real exercício de coordenação de uma rede regionalizada e ainda persiste uma forte perspectiva de centralização nas práticas de gestão hierárquica da saúde no SUS. Assim como atuações dos atores institucionais e agentes econômicos permeadas por interesses outros não explícitos que

entrava todo processo de compartilhamento de poder, responsabilidades e recursos para atender as necessidades de saúde da região.

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

## REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, Maria Tereza Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N. et al. (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. Cap. 2, p. 43-56.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto, 1994.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/decreto/decreto-no-7-508-de-28-de-junho-de-2011>>. Acesso em: 17 fev. 2019.
- \_\_\_\_\_. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília, 2011c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM*, de 22 fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_n\\_4279\\_de\\_30\\_12\\_10\\_organizacao\\_Red es\\_Saude.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_4279_de_30_12_10_organizacao_Red_es_Saude.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2019.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/Microcefalia-Protocolo-vigilancia-resposta-versao2.1.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2019.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. I Gerência Regional de Saúde. *Plano de Ação Regional da Rede Cegonha*. Recife, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. *Regionalização Solidária e Cooperativa*. Brasília, DF, 2006b. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3, p. 40.
- \_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. *Referencial para avaliação de governança em políticas públicas*. Brasília, DF, 2014. 91 p. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A15232A37901529D144765541F>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

- BRETAS JUNIOR, Nilo; SHIMIZU, Helena Eri. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002401085&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401085&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 fev. 2019.
- CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, v. 62, p. 25-52, 2006.
- CASANOVA, Angela Oliveira et al. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3163-3177, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001003163&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003163&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2019.
- CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, Dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. Cap. 3, p. 254-295.
- FERNANDES, Beatriz Boleta et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Rev. Gaúcha Enferm.*, São Paulo, v. 36, p.192-199, 2015.
- FLEURY, Sonia et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 446-455, 2010.
- IANNI, Aurea Maria Zöllner et al. Metrôpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.
- LIMA, Anderson Danilo Dario. *Condução da Rede Cegonha no nível regional em Pernambuco: um olhar sob a perspectiva da governança regional*. Dissertação (Mestrado) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011. 2. ed. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&category\\_slug=servicos-saude-095&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&category_slug=servicos-saude-095&Itemid=965)>. Acesso em: 16 jun. 2019.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. 2016.

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

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Institucional. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva/secretaria-executiva-de-regulacao-em-saude>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

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

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas na gestão da região de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000400622&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400622&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 fev. 2019.

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

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2019.

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