

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

MÁRCIA ANDRÉA OLIVEIRA DA CUNHA

ANÁLISE DA POLÍTICA REDE CEGONHA: A ATENÇÃO
AO PRÉ-NATAL E AO PARTO E NASCIMENTO NO
RECIFE, 2011 A 2015

RECIFE

2017

MÁRCIA ANDRÉA OLIVEIRA DA CUNHA

ANÁLISE DA POLÍTICA REDE CEGONHA: A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO
PARTO E NASCIMENTO NO RECIFE, 2011 A 2015

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Instituto Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
como requisito parcial para obtenção do
título de Doutora em Ciências.

Orientador: Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Coorientadora: Dra. Tereza Maciel Lyra

RECIFE

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- C972a Cunha, Márcia Andréa Oliveira da.
 Análise da política Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, 2011 a 2015 / Márcia Andréa Oliveira da Cunha. - Recife: [s.n.], 2017.
 306 p. : il., tab., graf., mapas.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.
 Orientador: José Luiz do Amaral Correa de Araujo Júnior; coorientadora: Tereza Maciel Lyra.
1. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Formulação de políticas. 4. Serviços de saúde. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Correa de. II. Título.

CDU 614.39

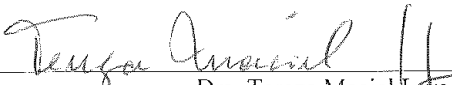
MÁRCIA ANDRÉA OLIVEIRA DA CUNHA

ANÁLISE DA POLÍTICA REDE CEGONHA: A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO
PARTO E NASCIMENTO NO RECIFE, 2011 A 2015.

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Instituto Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
como requisito parcial para obtenção do
título de Doutora em Ciências.

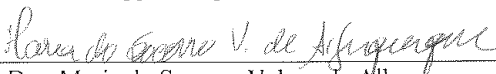
Aprovada em: 24 /05/ 2017

BANCA EXAMINADORA




Dra. Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/IAM/Biocruz

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Instituto Aggeu Magalhães/IAM- Pernambuco



Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Petra Duarte Oliveira
Universidade Federal de Pernambuco



Dra. Sandra Valongueiro Alves
Universidade Federal de Pernambuco

À minha mãe, Joselita

Ao meu companheiro, Climério, e à minha filha, Sofia

AGRADECIMENTOS

Para concluir este trabalho, enfrentei dificuldades diversas. Aprendi que não era exagero daqueles que já viveram essa experiência quando falavam tanto dos famosos cansaço e reclusão. Mas também quero ser justa: cada descoberta e avanço foi também uma alegria. Foram muitos (as) aqueles (as) que me apoiaram, sem os quais não seria possível avançar. Quero agradecer.

À minha filhota Sofia Lua, pelo prazer da relação mãe-e-filha e reencantamento de todos os dias. Com toda determinação que já lhe é peculiar aos 11 anos, exigiu sua merecida atenção, mas abriu mão de momentos de companhia, minha e do pai. Nós, logo ao mesmo tempo, estávamos “grudados” com as teses e concursos. Ainda bem que também foi o momento dela de se dedicar horas ao Colégio de Aplicação!

Ao meu amor e parceiro na vida, Climério, por me fazer seguir feliz ao seu lado. O companheirismo durante todo o curso de Doutorado foi constante: nas horas de fadiga, nos “aperreios” pra dar conta de tudo. Muito obrigada pelas várias correções de textos! E ainda tem os cotidianos e dialéticos debates, na hora do cafezinho, momentos de aprendizado conjunto.

À minha mãe, Joselita, ao meu pai, Antônio, e aos manos Abrãao (meu irmão-filhote, exemplo de superação!), Alexandre e Adriano. Meu núcleo de afeto, e a quem recorro sempre, em qualquer dificuldade. Aos meus pais, o que dizer? Agradecer é pouco. A gratidão é pelo amor, apoio e cuidado (até exagerado !) de toda a vida.

A Lúcia, por cuidar da nossa filha e do nosso lar por tantos anos, o que nos tranquiliza aos sairmos para o trabalho.

Ao meu orientador, professor José Luiz, pela referência acadêmica e trabalho desenvolvido (largamente utilizado na minha tese e em tantas outras), e por me dar a oportunidade de adentrar no instigante campo da análise de políticas.

À minha coorientadora, professora Tereza Lyra, pela referência acadêmica e cuidadosas revisões da tese e dos relatórios para FACEPE. E também pelo compartilhamento de preocupações e agendas de lutas por uma sociedade mais solidária, em meio a essa nefasta crise política, que só se agigantou desde o início deste trabalho, em 2013.

Aos (às) amigos (as) que me apoiaram nessa e em outras jornadas: Adrião e Catão. Esse par foi companheiro, acionado incontáveis vezes! Adrião, amigo de sempre, compôs a equipe de pesquisa (FACEPE) e me apoiou num “montão de coisas”, as que faziam ou não faziam parte das suas atividades; Catão me dizia que eu poderia “aperreá-lo” na hora que eu

quisesse. Coisa de amigo!. Mas outros amigos queridos são meus cúmplices. Ofereceram ajuda e me apoiaram, de várias formas: Mauricéa, Rita Tenório, Cristina Lócio, Adriana Lins, Lúcia Barbosa, Bruno, Fernanda, Elisângela, Andreia, Paola (*in memoriam*), Larissa, Lissandra.

Aos professores do NESC e convidados (as), pelo privilégio dos momentos em sala de aula, incentivo ao aprofundamento e compartilhamento de conhecimentos e pela fervorosa defesa do direito à saúde.

Aos (as) professores (as) participantes da banca de qualificação: Idê Gurgel e Paulo Frias. Grata pela identificação das fragilidades do projeto e redirecionamentos cruciais para melhorar a qualidade deste trabalho e, sobretudo, pela generosidade de sempre.

Aos (as) professores (as) membros titulares e suplentes da banca de defesa da tese, Ana Lúcia Andrade, Garibaldi Gurgel, Pedro Miguel, Petra Duarte, Sandra Valongueiro, Socorro Veloso. Agradeço pela caprichosa análise do estudo. Foram contribuições preciosas para qualificar este trabalho e aprofundar novos estudos. Ao prof. Garibaldi Gurgel, agradeço ainda por se disponibilizar em ser parecerista da tese e revisor do primeiro artigo.

Aos companheiros (as) da GGPO: Angela, Débora, Diva, Fátima, Fábio, Goretti, Jéssica, Juliana Carvalho, Juliana Oriá, Mariana, Paulo, Sérgio, Val, pela parceria nas atividades da secretaria e apoio nas minhas ausências para dedicação às agendas do doutorado.

Aos colegas de turma do Programa de Doutorado, turma 2013/17. O convívio foi curto, mas o compartilhamento de conhecimentos em sala de aula foi valoroso. Sucesso pra todos (as). Vamos nos encontrando na luta cotidiana pelo SUS!

Aos (às) funcionários (as) da Secretaria Acadêmica do CPQAM, Ana Paula, Glauco, Semente, Vângela, Viviane, e, em especial, a Rivaldete, pela gentileza no atendimento aos alunos (as); do apoio ao NESC: Adriana, Alessandro, sempre atenciosos; da biblioteca: Mégine, pela cuidadosíssima revisão das regras da ABNT (ufa!).

A todos (as) que permitiram ser entrevistados (as), agradeço profundamente. Sem eles (elas) seria muito difícil aprofundar essa pesquisa.

À FACEPE, pelo financiamento da pesquisa e pela concessão de Bolsas de Difusão Científica e Tecnológica aos (às) pesquisadores (as).

“Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida”.

Simone de Beauvoir

“Quando fazemos visitas-surpresa as maternidades, levamos um ofício e dizemos: somos feministas, do movimento de mulheres. Os gestores não impedem nossa presença”.

Gigi Bandler

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

RESUMO

Esta tese analisa a política Rede Cegonha no Recife, no contexto de inserção do município na I Região de Saúde de Pernambuco. A Política visa construir redes regionais de cuidados maternos e infantis e fundamenta-se nos princípios da humanização da assistência ao pré-natal e ao parto no SUS. Realizou-se um estudo de caso qualitativo. Utilizou-se o Modelo Abrangente de Análise de Políticas para compreender o conteúdo (problemas, objetivos, metas, ações), a influência do contexto (econômico, social e político) e dos atores no processo da Política (inclusão na agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação). Foram triangulados dados de 17 entrevistas, 47 documentos, 20 matérias jornalísticas e de sistemas nacionais de informação em saúde. Resultados - Contexto: crise política e econômica; subfinanciamento do SUS; ampliação de recursos federais e municipais para a atenção materna e infantil; redirecionamento da Política, no Recife, em função da mudança de gestores municipais. Conteúdo: a Política é coerente com os princípios da humanização e regionalização do SUS e insuficiente para assegurar a integralidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva. Processo e atores: Política impulsionada pelo Governo Federal; inadequação do modelo de financiamento ao processo de regionalização; frágil capacidade de governança dos Grupos Condutores Regional, Estadual e Municipal; transferência do processo decisório da CIB para chefes do poder executivo; cumprimento parcial dos pactos assistências e financeiros; frágeis mecanismos de gestão compartilhada; atrasos nas obras no Recife e outros municípios da I Região de Pernambuco, com superlotação das maternidades e peregrinação de parturientes; redução de práticas intervencionistas não baseadas em evidências científicas, nas maternidades municipais. Os atores influentes na Política foram os gestores (formulação e implementação), técnicos (implementação) e representantes do movimento de mulheres (implementação).

Palavras-chave: Serviços de saúde materno-infantil. Políticas públicas de saúde. Formulação de políticas. Serviços de saúde.

CUNHA, Márcia Andréa Oliveira da. **Policy analysis Rede Cegonha: attention to prenatal care and delivery and birth in Recife, 2011 to 2015.** 2017. Thesis (Doctorate in Public Health)– Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

This thesis analyzes Rede Cegonha policy in Recife (Pernambuco). This policy aims to build regional networks of maternal and child care and is based on the principles of humanization of prenatal care and childbirth and birth in SUS. A qualitative case study was carried out in sense to understand the implementation of the Stork Network in Recife, in the context of the insertion of the municipality in the I Region of Health of Pernambuco. The Comprehensive Policy Analysis Model was used to understand the content, the influence of the context and the actors in the Policy process, observing: inclusion in the governmental agenda, formulation, decision making, implementation and evaluation. Data from 17 interviews, 47 papers, 20 journalistic articles and national health information systems were analyzed and triangulated. Results - Context: Political and economic crisis; SUS was underfunded; an expansion of federal resources for maternal and child care; redirection of the Stork Network in Recife due to the change of municipal managers. Content: The Policy is consistent with the principles of humanization of prenatal care, childbirth and birth and regionalization of SUS. Process and actors: Redistributive policy, driven by the Federal Government and, at the local level, favored by the party coalition context, in 2012; in the I Region of Health of Pernambuco, the agreements for the organization of the Stork Network were partially fulfilled, with high rates of hospital occupation in Recife maternity hospitals. The main problems in the organization of the regional networks for maternal and child care came from the underfunding of the SUS, the fragility of governance mechanisms and the sharing of healthcare and sharing of care and financial responsibilities among municipalities. The influential actors in the Policy were the managers (formulation and implementation), technicians (implementation) and representatives of the women's movement (implementation).

Keywords: Maternal and child health services. Public health policies. Formulation of policies. Health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Ciclo das políticas públicas: síntese dos principais modelos	87
Figura 1 – Modelo para análise de políticas de saúde	104
Figura 2 – Desenvolvendo o Modelo Abrangente de Análise de Políticas de Saúde	105
Quadro 2 – Estabelecimentos públicos que ofertam assistência ao pré-natal localizados no Recife – 2015.	116
Quadro 3 – Estabelecimentos públicos que ofertam assistência ao parto e nascimento localizados no Recife – 2015.	117
Quadro 4 – Modelo para síntese dos dados dos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde do Recife – 2010-2015.	120
Quadro 5 – Número e perfil dos (as) entrevistados (as)	121
Quadro 6 – Síntese das perguntas e condensação de significados	123
Figura 3 – Síntese da agregação dos componentes da Rede Cegonha e categorias da Análise Abrangente de Políticas	125
Figura 4 – Matriz de avaliação da política Rede Cegonha	128
Figura 5 – Modelo Abrangente de Análise da Política Rede Cegonha	130
Quadro 7 – Montante de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita do município – Recife 2011-2015	141
Quadro 8 – Despesa total e per capita com ações e serviços públicos de saúde – Recife – 2011-2015	141
Quadro 9 – Matriz Diagnóstica da política Rede Cegonha	149
Quadro 10 – Relação dos novos exames de pré-natal preconizados pela Rede Cegonha	150
Quadro 11 – Parâmetros para realização de exames pré-natais conforme preconizado pela Rede Cegonha	150
Quadro 12 – Parâmetros para realização de exames pré-natais de alto risco conforme previsto pela Rede Cegonha	151
Quadro 13 – Memória de cálculo dos novos investimentos e custeio previstos pela Rede Cegonha	151
Quadro 14 – Parâmetros e referenciais normativos para o cálculo de leitos e serviços destinados à assistência ao parto	152

Figura 6 – Desenho da Rede Cegonha em Pernambuco	168
Quadro 15 – Desenho da rede de atenção ao parto de risco habitual na I Região de Saúde de Pernambuco	169
Quadro 16 – Desenho da rede de atenção ao parto e nascimento de alto risco na I Região de Saúde de Pernambuco.	170
Quadro 17 – Recursos financeiros previstos para os serviços de atenção ao parto e nascimento (Municipais, Estaduais, Federal e Filantrópico) localizados no Recife em 2012.	172
Quadro 18 – Parâmetros para o cálculo de leitos e serviços destinados à assistência ao parto no Recife para os anos 2010 e 2015.	199
Quadro 19 – Número de leitos existentes (E) e necessários (N) para a atenção ao parto e nascimento nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2010.	199
Quadro 20 – Número de leitos existentes (E) e necessários (N) para a atenção ao parto e nascimento nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2015.	200
Quadro 21 – Número de partos de mulheres residentes no Recife ocorridos em hospitais públicos da I Região de Saúde de PE–2010-2015.	206
Figura 7 – Mapa de Fluxo de acesso ao parto de mulheres residentes no Recife 2015	208
Figura 8 – Mapa de Fluxo de acesso dos partos ocorridos no Recife – 2015	209
Quadro 22 – Matriz de avaliação do conteúdo da Rede Cegonha: atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento – Recife – 2011-2015	230
Quadro 23 – Matriz de avaliação do conteúdo da Rede Cegonha: indicadores de mortalidade e de gestão – Recife -2011-2015	233
Quadro 24 – Matriz de avaliação do conteúdo da Rede Cegonha: participação do município nas etapas de operacionalização da política em âmbito regional – Recife 2011 - 2015c	234
Quadro 25 – Matriz de avaliação da influência do contexto no desenvolvimento da Rede Cegonha – Recife 2011-2015	236
Quadro 26 – Matriz de avaliação da influência dos atores no desenvolvimento da Rede Cegonha – Recife 2011-2015	237

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Crescimento do PIB, Brasil-2002-2009	133
Tabela 2 - Crescimento do PIB, Brasil-2010-2015	134
Tabela 3 - Salário e emprego, Brasil -2010-2015	134
Tabela 4 - Indicadores de desigualdade na distribuição da renda domiciliar per capita – Brasil-2004-2014	134
Tabela 5 - Média da renda domiciliar per capita- Brasil 2004-2014	135
Tabela 6 - Taxa de pobreza extrema segundo os critérios do Plano Brasil sem Miséria – Brasil-2004-2014	135
Tabela 7 - Gasto federal com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)- Brasil-1995-2012	137
Tabela 8 - Gasto Público em Saúde/ASPS (% PIB) – Brasil -2004-2014	138
Tabela 9 - Gasto público com saúde, participação dos entes federados. Brasil- 1990-2014	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR – Acolhimento com classificação de risco

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde

CGBP – Casa da Gestante Bebê e Puérpera

CGR – Colegiados de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissões Intergestores Regionais

CIT – Comissão intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública

CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde

CPN – Centro de Parto Normal

CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DNCr – Departamento Nacional da Criança

EC – Emenda Constitucional

FACEPE – Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GERES – Gerência Regional de Saúde

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HTLV – Vírus T-Linfotrópico Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LMSP – Laboratório Municipal de Saúde Pública
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NV – Nascidos Vivos
ONU – Organização das Nações Unidas
PAB – Piso de Atenção Básica
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAS . – Programação Anual de Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PE – Pernambuco
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIASS – Programa Integrado das Ações e Serviços de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMCR – Programa Mãe Coruja Recife
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH – Política Nacional de Humanização
PPGAR – Programa de Prevenção à Gestação de Alto Risco
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PPP – Sala de pré-parto, parto e pós-parto
Prevsauúde – Programa de Ações Básicas de Saúde
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PT – Partido dos Trabalhadores
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RCB – Receita Corrente Bruta
RCL – Receita Corrente Líquida
RMR – Região Metropolitana do Recife

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SISPRENATAL – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TABWin – Tab para Windows

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 A SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO BRASIL	25
2.1 Perspectivas históricas das principais políticas, programas e da situação de saúde materna e infantil no Brasil	25
3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS	55
3.1 Marco legal das redes de atenção à saúde no SUS: contextos, avanços e desafios	56
3.2 Fundamentos das redes de atenção à saúde no SUS	68
3.3 Atributos e elementos constitutivos das redes de atenção à saúde	74
4 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS, MODELOS E PERSPECTIVAS	78
4.1 Políticas públicas e políticas de saúde	78
4.2 A análise de políticas públicas	84
4.2.1 O ciclo das políticas públicas	87
<u>4.2.1.1 A montagem da agenda pública</u>	88
<u>4.2.1.2 A Formulação da política pública</u>	92
<u>4.2.1.3 A Tomada de decisão política</u>	94
<u>4.2.1.4 A implementação de políticas públicas</u>	97
<u>4.2.1.5 A avaliação de políticas públicas</u>	99
4.3 O modelo abrangente de análise de políticas	102
5 OBJETIVO GERAL	110
5.1 Objetivos específicos	110
6 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	111
6.1 Pesquisa qualitativa	111
6.2 Estudo de caso	112
6.2.1 Unidades de análise do estudo	112
6.2.2 O campo de pesquisa	113
6.3 Estratégias de coleta e organização dos dados	119
6.3.1 Coleta e organização dos dados documentais	119
6.3.2 Coleta das entrevistas	121
6.4 Plano de análise	122
6.4.1 A análise das entrevistas	122

6.4.2 Triangulação de dados	123
6.5 A abordagem da análise da política Rede Cegonha	124
6.5.1 A abordagem do macrocontexto	125
6.5.2 A abordagem do microcontexto	126
6.5.3 A abordagem do conteúdo	127
6.5.4 A abordagem do processo	127
6.5.5 A abordagem dos atores	129
6.6 Considerações éticas	130
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	131
7.1 O contexto de formulação e implementação da Rede Cegonha	132
7.1.1 A influência do macrocontexto no desenvolvimento da Rede Cegonha	132
7.1.2 A influência do microcontexto de desenvolvimento da Rede Cegonha	137
7.2 Análise do conteúdo da Rede Cegonha	144
7.2.1 Apresentando a Rede Cegonha	145
<u>7.2.1.1 O escopo de atuação da Rede Cegonha em âmbito nacional e local</u>	147
<i>7.2.1.1.1 A vinculação da Rede Cegonha com os princípios do SUS</i>	153
<u>7.2.1.2 A vinculação da Rede Cegonha com os preceitos da humanização da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento</u>	157
<u>7.2.1.3 As diretrizes para organização das redes de atenção materna e infantil</u>	166
7.3 O processo de formulação e implementação da Rede Cegonha e a influência dos atores	173
7.3.1 Da inclusão na agenda pública à tomada de decisão: a condução dos níveis federal e estadual e o rumos da Rede Cegonha no Recife	174
7.3.2 A implementação da Rede Cegonha	180
<u>7.3.2.1 A atenção ao pré-natal</u>	182
<i>7.3.2.1.1 A qualificação da atenção ao pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS) e adaptação precoce das gestantes</i>	182
<i>7.3.2.1.2 As ações educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva.</i>	187
<i>7.3.2.1.3 A realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e o acesso aos resultados em tempo oportuno</i>	189
<i>7.3.2.1.4 A prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites</i>	191
<i>7.3.2.1.5 A qualificação do sistema e da gestão da informação</i>	192
<i>7.3.2.1.6 O acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e</i>	193

<i>classificação de risco e vulnerabilidade nas unidades básicas de saúde</i>	
<i>7.3.2.1.7 O acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno</i>	196
<i>7.3.2.1.8 A vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto</i>	197
<u><i>7.3.2.2 A assistência ao parto e ao nascimento</i></u>	198
<i>7.3.2.2.1 Ampliação de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades das redes regionais de atenção materna e infantil</i>	198
<i>7.3.2.2.2 A ambiência das maternidades</i>	210
<i>7.3.2.2.3 As boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento</i>	214
<i>7.3.2.2.4 Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal</i>	218
<i>7.3.2.2.5 Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal</i>	221
<i>7.3.2.2.6 Estímulo à implementação de colegiado gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na política nacional de humanização.</i>	222
<u><i>7.3.2.3 Os desafios para transformar o desenho em rede regional de atenção à saúde materna e infantil</i></u>	223
<i>7.3.3 Avaliação da Rede Cegonha</i>	228
<i>7.3.4 O tipo da política</i>	238
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES	239
REFERÊNCIAS	247
APÊNDICE A – Marco Normativo	270
APÊNDICE B – Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011- 2015	281
APÊNDICE C – Roteiro de entrevistas	296
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	299
APÊNDICE E – Orçamento da Pesquisa	301
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	303
ANEXO B – Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do Recife	304
ANEXO C – Carta de Anuência da Secretaria de Saúde de Pernambuco	305
ANEXO D – Carta de Anuência do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.	306

1 INTRODUÇÃO

Esta tese analisa o desenvolvimento da política Rede Cegonha, no Recife, capital de Pernambuco (PE). Compreende a inserção do município no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde do estado.

A Rede Cegonha foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. É definida como uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

Ainda que seja apresentada pelo MS como estratégia governamental, nesta pesquisa, definimo-la enquanto política pública. Para tanto, tomamos como referência as ideias de Mattos (2006) que define política, no campo da saúde, como um conjunto de ações que visa solucionar certos problemas de saúde ou às necessidades de grupos específicos, com enfoque em atividades de promoção, prevenção e atenção. Ademais, parte das ações estratégicas propostas pela Rede Cegonha dá seguimento à atividades já previstas em outras políticas e programas já lançados pelo MS (Política Nacional de Humanização do SUS, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal).

A Rede Cegonha se estrutura mediante um conjunto de ações organizado em quatro componentes de atuação: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à criança, sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Por necessidade de delimitação, esta pesquisa trata dos componentes pré-natal e parto e nascimento.

Os problemas apresentados na assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento se configuram de forma diversificada nas regiões e municípios brasileiros. De modo geral, pode-se afirmar que são determinados pelas altas razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal; as dificuldades no acesso e na qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento; as deficiências no apoio diagnóstico para a realização dos exames pré-natais; a peregrinação de parturientes em busca de atendimento no momento do parto; a hegemonia do modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento evidenciado pela recorrente utilização de práticas desnecessárias e que não estão baseadas em evidências científicas e a permanência dos atos de violência obstétrica.

O MS alerta que, no Brasil, principalmente a partir de 2001, houve diminuição da velocidade de queda no indicador de mortalidade materna. De acordo com os dados disponíveis no DATASUS/MS, o Brasil atingiu uma razão de 55,4 óbitos maternos/100 mil NV, em 2014. Esse valor o distancia do alcance da meta de redução prevista nos objetivos do milênio, traçados pela ONU, que deveria ser 35 óbitos maternos/100 mil nascidos vivos (NV), até 2015.

Para Diniz (2009), paradoxalmente, apesar de não termos melhora significativa nas razão de mortalidade materna, melhoraram quase todos os outros indicadores da saúde materna e das mulheres, nos últimos 20 anos. Para a autora, o paradoxo se explica pelo fato de que a melhoria do acesso tem sido atrelada à incorporação acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos). Essa incorporação tecnológica nem sempre está balizada pela real necessidade das mulheres e crianças, além de não ser garantia da qualidade satisfatória dos serviços ofertados. Tal problema torna-se emblemático quando observada a crescente proporção de partos cesarianos, nas últimas décadas. No curto período entre 2008 e 2014 houve uma ampliação do percentual de cesarianas de 48,52% para 57,15% do total de partos (BRASIL, 2017b).

Além dos problemas relativos ao modelo e à qualidade da atenção, persiste a dificuldade no acesso aos serviços de assistência ao parto e nascimento no Brasil. De acordo com estudo de Almeida e Szwarcwal (2012), envolvendo os 5.564 municípios do país, o deslocamento intermunicipal de parturientes obteve uma mediana de 21,1 km. A pesquisa revela que cerca de 10% dos municípios apresentaram deslocamentos menores que 5 km e, outros 10%, mostraram distâncias percorridas maiores que 50 km. Também registra que o número de leitos obstétricos foi de 1,26 por 1.000 NV, sendo que, no Nordeste, esse valor foi de 0,67.

Para enfrentar esses problemas, o MS anunciou recursos para a Rede Cegonha da ordem de 9,4 bilhões, entre 2011 e 2016 (BRASIL, 2011d). Foram previstos investimentos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal (CPN), Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); reformas de outros serviços de assistência ao parto; compra de equipamentos e custeio para CPN, CGBP; ampliação e qualificação de leitos Canguru, UTI neonatal e adulto, UCI neonatal e leitos obstétrico para gestantes de alto risco (BRASIL, 2011a).

Além de se constituir de um conjunto de ações estratégicas voltado para a mudança do modelo de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento, a Rede Cegonha tem como objetivo estruturar e organizar as redes regionais de atenção materna e infantil. A Política toma como referência as diretrizes das redes de atenção à saúde, no âmbito do SUS, visando à garantia

do acesso com integração sistêmica de ações e serviços de saúde e com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Prioriza o incremento no desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2011a).

Com base nessas diretrizes, o MS criou mecanismos operacionais e políticos que constituem o modelo de governança das redes de atenção materna e infantil. Tais estratégias preveem: a normatização de fases de Adesão e Diagnóstico; desenho Regional da Rede Cegonha; Contratualização dos Pontos de Atenção; Qualificação dos componentes e Certificação. Além disso, institui a formação de Grupos Condutores Regionais, Estaduais e Municipais e a oferta de apoio técnico do MS aos estados e municípios.

Os desafios para a operacionalização da Rede Cegonha decorrem dos dilemas do subfinanciamento e fragilidades do modelo de financiamento dos SUS. Além da insuficiência de recursos, há fragilidade nos mecanismos jurídicos e operacionais para assegurar o compartilhamento de responsabilidades assistenciais e financeiras entre os entes federados e entre os municípios, fragilizando as estratégias de governança das redes regionais de atenção maternal e infantil.

Vários estudos publicados recentemente no Brasil (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; ANDRADE et al., 2016; ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014; SILVA et al., 2016) tratam da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, envolvendo aspectos relativos ao acesso aos serviços, à superlotação das maternidades, à peregrinação das gestantes durante o trabalho de parto, ao modelo de atenção ao parto e nascimento. Todavia, pouco se conhece acerca da Rede Cegonha.

Pernambuco foi o primeiro estado do país a fazer adesão à Rede Cegonha. Ainda em 2012, efetivou a adesão na modalidade regional (PERNAMBUCO, 2011). Essa forma de adesão prevê a responsabilização das regiões de saúde, priorizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com a oferta dos quatro componentes da Política. No mesmo ano, foram elaborados e homologados os Planos de Ação Municipais e os Planos de Ação da Rede Cegonha das 12 Regiões de Saúde de Pernambuco. Naquele momento, foi construído o Plano de Ação da Rede Cegonha do Recife, de forma articulada ao desenho da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco.

Para elaboração do projeto, tínhamos como pergunta norteadora: “Como se desenvolveu e quais fatores e atores influenciaram o ciclo da política Rede Cegonha no Recife?” A partir daí, a pesquisa foi desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz e financiada pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de

Pernambuco (FACEPE). Foram então elaborados três trabalhos: o Relatório Técnico Final apresentado à FACEPE, a presente tese e o artigo científico intitulado “Análise da política Rede Cegonha em uma capital brasileira no contexto de ameaças ao SUS”.

Para responder às questões colocadas, utilizamos como recurso teórico e metodológico o Modelo Abrangente de Análise de Políticas. Assim foi possível agregar aspectos do contexto e da influência dos atores no processo de desenvolvimento da Rede Cegonha. Interconectamos elementos macrocontextuais, que estão fora da política setorial de saúde, inerentes à esfera política, econômica e social; os elementos microcontextuais, relativos às finanças setorial e aos problemas das redes de atenção materna e infantil; à intervenção dos diversos atores com seus interesses, percepções e poderes constituídos e o modo como se desenvolveram as ações propostas.

Ao utilizar as categorias operacionais propostas pelo Modelo Abrangente de Análise de Políticas, contexto, conteúdo, atores e processo, foi possível refletir acerca do nível de interação entre as mesmas e propor rearranjos que facilitassem a organização e a análise dos dados coletados.

Para responder às questões colocadas, esta tese foi subdividida em oito capítulos, incluindo a presente introdução (primeiro capítulo).

O segundo capítulo faz uma incursão histórica acerca das políticas e programas no campo da atenção materna e infantil, no Brasil, desde a década de 1.920 até o surgimento da Rede Cegonha. Nesse percurso, tratam-se das interfaces entre as reivindicações no campo da saúde materna e infantil com as questões vinculadas à luta pela saúde integral da mulher.

O terceiro capítulo aborda o marco legal, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das redes de atenção à saúde no SUS. Atualiza a discussão acerca dos desafios na organização das redes regionais de saúde, no contexto de implantação do Decreto 7.508, que institui o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), e diante do atual modelo de financiamento do SUS.

O quarto capítulo discute os conceitos, modelos e perspectivas da análise de políticas públicas. Enfatiza as etapas e a dinâmica do ciclo das políticas públicas e o Modelo Abrangente de Análise de Políticas.

O quinto e o sexto capítulos expõem o objetivo geral, objetivos específicos e as estratégias metodológicas da tese, respectivamente.

O sétimo é um capítulo longo, apresenta os resultados da pesquisa. Foi dividido em três tópicos que analisam o contexto, o conteúdo, o processo de formulação e implementação e a influência dos atores na Rede Cegonha. Optamos por discutir a influência dos atores no

terceiro tópico, à medida que iam sendo tratadas cada uma das fases do processo, isto é, inclusão da Política na agenda pública, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. Para uma melhor organização dos resultados, a implementação das ações foi apresentada em três subtópicos: a atenção ao pré-natal, a atenção ao parto e nascimento e a operacionalização das fases da Rede Cegonha (diagnóstico, desenho da rede, contratualização de serviços, qualificação dos componentes e certificação). A avaliação sintetizou os principais resultados da Política, considerando a interferência do contexto e dos atores em todo o processo. Por último, tecemos considerações para classificar o tipo da política.

No oitavo e último capítulo, recuperamos a totalidade dos achados, realizamos algumas proposições e tecemos considerações sobre novos problemas a serem investigados.

2 A SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO BRASIL

Neste capítulo, por meio de uma abordagem histórica, identifica-se o escopo de atuação das políticas de atenção materna e infantil em diferentes momentos de conformação do estado brasileiro. O campo da atenção à saúde materna e infantil compreende uma abrangente área de atuação interdisciplinar no cuidado à saúde da mulher que se refere aos processos de saúde reprodutiva, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e a saúde da criança até 24 meses de idade (BRASIL, 2012c). Ainda que esse estudo tenha como foco a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, a partir da implantação da Rede Cegonha, em 2011, realiza-se uma síntese que, em linhas gerais, resgata as principais estratégias adotadas e a situação de saúde materna e infantil em diferentes períodos. Também aborda reflexões que retratam as interfaces com as reivindicações do movimento de mulheres na luta por uma saúde integral.

Essa discussão traz reflexões importantes para que, em capítulo posterior, torne-se possível analisar o conteúdo da Rede Cegonha, identificando a coerência das ações propostas com os princípios e objetivos da política; a correlação com políticas e programas anteriores, a proposição de novas estratégias e o quanto dialogam e respondem às reivindicações de especialistas e movimentos sociais envolvidos com a atenção materna e infantil no Brasil.

2.1 Perspectivas históricas das principais políticas, programas e da situação de saúde materna e infantil no Brasil

Ao resgatar os principais marcos do desenvolvimento das políticas de saúde materna e infantil no Brasil, pode-se afirmar que foi a partir da década de 1920, no advento da reforma sanitária de Carlos Chagas, que o Serviço Sanitário começou a ampliar suas atividades, incluindo ações de proteção à infância, a inspeção de amas de leite e a profilaxia geral. Até então, como demonstra a estrutura administrativa do serviço sanitário de 1891, 1896, 1906, 1911 e 1918, predominavam, na organização institucional, a assistência prestada nos hospitais de isolamento e de doenças mentais e os serviços laboratoriais. Essas eram as bases fundamentais no controle de doenças específicas (lepra, peste bubônica, varíola, malária, tuberculose e outras) (IYDA, 1994).

Em 1902, o Brasil apresentava altas taxas de natalidade, com 33,3 nascimentos por mil habitantes; de natimortalidade, com 55,4 por mil nascimentos; de mortalidade geral, com 18,2 óbitos por mil habitantes, e uma mortalidade infantil de 182,1 óbitos por mil nascidos-vivos (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002). Mas naquele período histórico, a saúde não se

constituía uma área de atuação específica. Os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde eram englobados nos “Socorros Públicos”, com caráter filantrópico e emergencial, destinados à subvenção de entidades filantrópicas e políticas clientelistas. É a partir do Código Sanitário de 1918 e da Reforma de 1925 que a Saúde Pública cria e impõe sua área de atuação e sua autoridade no aparelho estatal. A partir de então, incorporará, além do controle das doenças transmissíveis, cujo método de ação fundamental eram as campanhas sanitárias, outras áreas como higiene do trabalho, do alimento, atenção ao escolar, a fiscalização domiciliar da medicina e da farmácia e ações de proteção à infância (IYDA, 1994).

De acordo com estudo realizado por Canesqui (1987), “Assistência Médica e a Saúde e Reprodução Humana”, identificam-se, a partir dos anos 1930, ações voltadas à promoção da maternidade e da infância por meio da organização de serviços federais e estaduais de saúde pública e de assistência social, juizados de menores, serviços educacionais e de registro civil. Nesse período, foi criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância que substituiu a Inspeção de Higiene Infantil. Em 1937, no então Ministério da Educação e Saúde, foi criada a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, com maior expansão das atividades nos estados e municípios.

Todavia, foi apenas em 1940 que se estabeleceram diretrizes nacionais para a assistência materna e infantil, com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), órgão implantado através do decreto-lei da Presidência da República nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. O documento destacava em seu art. 1º :

Será organizada, em todo o país, a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida (BRASIL, 1940, p.1).

Em linhas gerais, o DNCr destinou-se a ampliar o escopo de ações governamentais na assistência materna e infantil. Enfatizava as ações educativas em puericultura e os cuidados com as crianças e com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação. No entanto, para Nagahama e Santiago (2005, p. 652), no período de atuação do DNCr –1940/1965–, o modelo de assistência seguia uma linha verticalizada e nacionalista. Não havia uma preocupação mais ampla com as práticas voltadas à assistência materna e infantil. A base das ações estava

voltada centralmente para a reprodução e o combate à mortalidade infantil, que era enfatizado como garantia de se construir uma nação forte, sadia e progressista.

Pereira (1999) observa que o DNCr se destinou à criação dos chamados Postos de Puericultura, onde todas as mães deveriam receber orientação médica, desde o início da gravidez, seguindo-se o acompanhamento da criança até a fase escolar. Na fase escolar, as crianças deveriam ser acompanhadas nas Casas da Criança, que correspondiam a um tipo de escola com orientação médica.

De acordo com a análise de Ana Maria Canesqui, o período 1930-1964, no qual se desenvolveu a maior parte das ações do DNCr, foi demarcado por uma política de Saúde Pública direcionada sobretudo aos trabalhadores urbanos. O caráter da política de saúde, a partir dos anos 1930, foi organizado centralmente em dois subsetores: a medicina previdenciária e a saúde pública. A primeira, vinculada à política sindical, com criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões para prestações dos cuidados médicos, sobretudo individuais e de caráter hospitalar; a segunda, abarcando as medidas sanitárias campanhistas, de saneamento, educação, assistência social e higiene. Nesse contexto, a proteção à maternidade e à infância resultou em ações direcionadas à formação e reprodução da força de trabalho, de modo que a fecundidade e a mortalidade fossem melhor reguladas (CANESQUI, 1987, p. 24).

Nesse período, os recursos financeiros previstos para o desenvolvimento das ações do DNCr eram oriundos do orçamento da União, dos Estados e dos Municípios. Também foi instituído um fundo nacional de proteção à criança, formado por donativos especiais e por contribuições regulares anuais de pessoas físicas ou jurídicas, de direito privado, que desejassem cooperar na obra de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1940).

Observam-se alguns fatos importantes na condução da política de saúde e estruturação da rede de serviços no país nas décadas de 1920, 1930, 1940. Conforme destaca Iyda (1994, p. 69), a rede privada foi dominante e privilegiada pelos regimes governamentais. Em 1949, apenas 23,3% dos estabelecimentos eram públicos, dos quais 44,4% eram da união, 49,5% dos estados e 6,1% dos municípios.

Num cenário marcado por restrições às ações e serviços públicos de saúde, a participação governamental do DNCr foi incipiente no subsídio em dinheiro destinado às Casas da Criança (PEREIRA, 1999). Com a instituição do Fundo Nacional de Proteção à Criança, a manutenção do programa dependia das contribuições de médicos, professoras, autoridades públicas (prefeitos, juízes) e da “elite moral” (os ricos e, especialmente, as

brasileiras). Essas pessoas, como agentes organizadores da proteção materno-infantil no município, nas então existentes Juntas Municipais da Infância, deveriam ser presididas pelo prefeito ou juiz.

Sobre a atuação do DNCr, Ana Maria Canesqui traz uma outra análise: compreende que o DNCr teve uma atuação mais significativa. Segundo ela, foi responsável, mediante auxílios e subsídios governamentais, pela expansão da infraestrutura de serviços de um total de 9.547 instituições no país, até 1966. Desse total, 1.418 eram maternidades, 1.251 eram postos de puericultura e 6.878 eram outras obras (hospitais, escolas e jardins da infância). Os dados documentais apresentados pela autora não discriminam o quantitativo de serviços privados e públicos. Canesqui retrata que, entre os anos 30 e 60, o DNCr desempenhou um papel central no aparelho estatal, propiciando a inserção da atuação das unidades federadas por meio do Departamentos estaduais da Criança. As ações da saúde materna e infantil também se desenvolveram por meio de outras instituições, como a Legião Brasileira de Assistência, o Serviço Especial de Saúde Pública e outros departamentos nacionais. Todavia as ações foram organizadas de forma centralizada e fragmentada (CANESQUI, 1987, p. 32 - 33).

Com a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, o governo brasileiro ampliou suas responsabilidades na coordenação da assistência materna e infantil em todo o território nacional. Suas diretrizes iniciais também primaram pelo cunho nacionalista. A proteção à maternidade e à infância se efetivou por meio de um modelo assistencial centralizador, concentrado nas ações de puericultura e voltado para as camadas urbanas mais pobres. A proteção à maternidade e à infância obedeceu a tendência geral das políticas dessa área, a partir do Estado Novo. No final dos anos 50 e início da década de 60, essa proteção foi perdendo importância diante das ações de combate às moléstias endêmicas rurais e, em 1969, o DNCR foi extinto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Mesmo após a criação do MS, manteve-se inicialmente um modelo assistencial centralizador, ainda que o debate sobre a descentralização da estrutura sanitária, com maior comando dos estados tenha ganhado expressão. As ações de proteção à maternidade e à infância eram ainda restritas e focadas em determinadas camadas sociais. É importante registrar, no entanto, que entre as décadas de 1940 e 1970 ocorreram significativas mudanças no quadro sanitário no Brasil. Baseando-se em dados das capitais, a mortalidade infantil no país foi reduzida de 202,33/1000 NV, em 1941, para 108,68/1000 NV em 1970, o que representa uma redução de 46,2%, em 30 anos. Vale salientar que essas mudanças ocorreram mesmo em meio à situação econômica do país, no período, com concentração de renda,

declínio do salário mínimo real de 20% e consequente diminuição do poder aquisitivo da população assalariada (YUNES; RONCHEZEL, 1974).

Do ponto de vista demográfico, desde o início da década de 1950, a população brasileira vinha crescendo com taxas de 3% ao ano, mantendo a fecundidade em patamares ainda elevados. Agregue-se, ainda, o aceleramento das correntes migratórias rurais-urbanas, que atinge o ápice na década de 1960, contribuindo, fortemente, para uma urbanização descontrolada e concentradora, em período de tempo relativamente curto (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Em meados dos anos 1960, com a ditadura militar, a centralização permaneceu e instituiu-se uma hegemonia do modelo de atenção à saúde médico-assistencial privatista. Esse modelo foi o reflexo da intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária, fundada no cuidado médico individualizado, de base hospitalar e ambulatorial. Verifica-se, naquele período, uma nova expansão da assistência hospitalar privada, com caráter mais empresarial, correspondendo às novas condições da sociedade brasileira (IYDA, 1994). Configurou-se ainda, uma divisão quanto ao acesso aos serviços públicos de saúde, no qual a assistência médica individual era garantida aos trabalhadores formais, subsidiada pelo estado e ofertadas, sobretudo, pelo setor privado.

Os ajustes realizados na economia entre 1965 e 1970 produziram uma grande concentração de renda. Intensificou-se um amplo debate nacional envolvendo a questão dos baixos salários dos trabalhadores, o grande êxodo rural, o agravamento dos problemas urbanos e das carências sociais, as desigualdades regionais e os mecanismos para enfrentá-los (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002). Nesse contexto político e econômico, marcado por grandes mobilizações sociais e pelas repressões dos governos militares, despontam as reivindicações de grupos sociais organizados na luta por melhores condições de vida. Crescem as reivindicações que irão pautar o movimento pela reforma sanitária na década de 1980 e despontam também as reivindicações do movimento feminista. As políticas de atenção à saúde das mulheres, até então fundamentalmente centradas na assistência materna e infantil, começam a ser criticadas. O surgimento da pílula anticoncepcional, em 1960, e o início do seu uso foram responsáveis, em parte, pela mudança na vida e no papel social da mulher, propiciando-lhe maior inserção no mercado de trabalho e liberdade sexual, a partir de meados da década de 1960 (LEITE; PAES, 2009).

Para a mulher desempenhar suas atividades no mercado de trabalho, tornou-se premente o desenvolvimento de programas de assistência à saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. Essa problemática trouxe repercussões para as bases sociais e políticas e demandou,

para o setor Saúde, propostas mais abrangentes de atenção ao grupo materno-infantil. Durante as décadas de 1960 e 1970, as taxas de fecundidade e crescimento populacional total entraram em declínio no país. O fenômeno ocorreu em todas as regiões, ainda que em diferentes proporções, e atingiu todas as camadas da população (IYDA, 1994). De acordo com Risi Júnior e Nogueira (2002), o declínio da fecundidade passou a ter impactos positivos sobre as condições de sobrevivência das crianças, não só pela elevada diminuição do número de filhos por casal, mas também pelo aumento do intervalo entre nascimentos.

No entanto, mesmo com as reivindicações do movimento feminista pela garantia da saúde integral da mulher, o que se viu nas ações governamentais, no início da década de 1970, foi a ampliação de ações centradas no campo específico da saúde materna e infantil. Destaca-se a publicação do documento “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil”, por meio do Decreto nº 69.514, de 9 de novembro de 1971. O decreto estabeleceu a competência ao MS para planejar, orientar, coordenar, e, quando necessário, executar as atividades relativas à proteção materna e infantil, integradas na Política Nacional de Saúde. O documento não esmiuçou as ações estratégicas no campo de atuação materna e infantil, mas definiu os objetivos principais: a proteção à criança em idade escolar; a assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco; o controle das crianças de 0 a 4 anos de idade; o estímulo ao aleitamento materno e à nutrição (BRASIL, 1971).

Em 1975, nos anais da V Conferência Nacional de Saúde, foi apresentado o Programa Nacional de Assistência Materno-Infantil, como resultado do debate de um dos 04 temas centrais do evento. O conjunto de ações propostas no Programa trouxe alguns avanços para a assistência à saúde da mulher que vão além da questão da maternidade. Enfatizou a assistência materna com ênfase na gestante, parto, puerpério e incluiu as doenças ginecológicas e o câncer como problemas prioritários. Na assistência à criança, o foco foi o controle da saúde das crianças menores de cinco anos e o controle da saúde do grupo de 5 a 19 anos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975).

Do conjunto de objetivos do Programa, identificam-se os principais: aumento da cobertura da assistência e do nível de saúde do grupo materno-infantil; melhoria dos padrões de produção e de produtividade das unidades que realizam as ações de saúde dirigidas ao grupo materno-infantil; aperfeiçoamento dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento do programa, desde a área gerencial à operacional; início de um processo de planejamento, controle e avaliação do programa, articulando os níveis, federal, estadual e local. Foram traçadas algumas metas para reduzir a morbidade e a mortalidade do grupo materno-infantil: atingir a cobertura de 50% da população de gestantes; de 50% na assistência

técnica ao parto; de 20% na assistência ao puerpério; ampliar a cobertura em relação à assistência de menores de 01 ano para 60% e de crianças de 1-4 anos para 50% (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975).

O documento destacou que, em 1970, contava-se com 4.157 serviços oficiais de Saúde Pública. Todavia, apenas 431 (10,4%) desses serviços realizavam atividades de assistência pré-natal, ao passo que 1.447 (34,8%) desenvolviam assistência à infância.

Nesse sentido, no campo da assistência materna definiu as seguintes prioridades:

A assistência pré-natal deve ser precoce, contínua e regular, devendo incluir a supervisão médica, obstétrica e dentária, a promoção de hábitos higiênicos, particularmente a orientação alimentar, a orientação psicossocial e a proteção econômica e trabalhista, a fim de preservar a saúde da mãe e do feto e prevenir eventuais complicações no parto e pós-parto. Dever-se-á promover, quando necessária, a suplementação alimentar da gestante, tendo em vista que a subnutrição materna pode contribuir, significativamente, para a lactação insuficiente e a ocorrência de prematuridade ou nascimento de crianças de baixo peso (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975).

Ao analisar o conjunto de propostas advindo da V Conferência Nacional de Saúde, percebe-se que houve uma ampliação das ações voltadas às mulheres gestantes, parturientes e puérperas. Inclusive chama atenção à inclusão da proteção econômica e trabalhista para as gestantes como estratégia de preservação da saúde da mãe e do feto, questão fortemente defendida pelo movimento de mulheres no período.

No contexto mais amplo da assistência à saúde, nos anos 1970, o modelo assistencial vigente se caracterizava pelo incentivo à medicina previdenciária, focada na assistência hospitalar, ofertada pelos serviços privados subsidiados pelo governo. A saúde pública se voltava para os programas centralizados e destinados a doenças e ações específicas. Em 1975, o Governo Federal inicia um processo de organização sistêmica do setor saúde. Dispõe sobre a organização do SNS, a partir do qual definiu dois grandes campos institucionais: o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado.

Nesse período, estende-se o debate sobre a integralidade das ações de saúde, a ampliação da oferta de serviços para as diversas camadas da sociedade e a necessidade de consolidar um sistema universal. No campo da assistência materna e infantil, a questão central era ampliar a oferta dos serviços básicos de saúde para toda a população, considerando a importância desse nível de atenção na saúde das gestantes e das crianças, na primeira infância.

Em 1976, foi criado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição que concentrou suas ações na suplementação alimentar a gestantes, nutrízes e crianças de 0 a 6 anos e escolares. Mais à frente, também em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) foi implantado com o objetivo de dotar as comunidades do interior nordestino de estrutura básica de saúde pública (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Esse elenco de programas, de um modo geral, contribuiu para a melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil. No entanto, no início dos anos 1980, os programas centralizados já apresentavam indícios de esgotamento e crise em seus aspectos organizacionais, sociais e, sobretudo, financeiros.

Diante das dificuldades para atingir as metas traçadas na V Conferência Nacional de Saúde, da permanência das altas taxa de mortalidade infantil e razão de mortalidade materna, e com a preocupação de prevenir as gestações de risco, o Ministério da Saúde criou, em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). De acordo com Nagahama e Santiago (2005), o propósito de sua elaboração foi regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especializada aos riscos reprodutivos e obstétricos; à prevenção de gestações futuras, nos casos indicados, e o diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade.

Em 1980 surgiu o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude), a partir de uma articulação entre o MS e o INAMPS, que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira. Esse programa recomendou à articulação simultânea das diversas organizações estatais e privadas em uma rede única, hierarquizada e regionalizada. O Prevsáude propôs um amplo programa materno e infantil que previa ações centradas nos cuidados necessários nos intervalos entre os nascimentos dos filhos; a informação seletiva e ampla sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e uma revisão da legislação sobre a fecundidade. Entretanto, esta proposta não foi efetivada em meio à crise econômica do período e às pressões de grupos de interesses relacionados aos dirigentes dos programas de assistência médico-previdenciária e empresários do setor da assistência médica (CANESQUI, 1987). Para Paim (1986), o fato dessa proposta ter sofrido boicote na sua implementação deve-se ao seu potencial de mudança com relação às políticas até então vigentes, que privilegiavam a prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo.

Mais à frente essa proposta foi substituída pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982. O CONASP definiu a prioridade para a atenção primária e a integração das diferentes agências públicas de saúde em

um sistema regionalizado e hierarquizado. Em uma crítica esclarecedora sobre o contexto político e econômico de formulação do CONASP, Paim (1986) destaca que este plano, ainda que tenha proposto mudanças nas políticas de saúde em direção a um sistema único de saúde, abordou de forma contundente a questão do controle de gastos com saúde e representou a invasão das políticas racionalizadoras na organização da assistência médica da Previdência Social.

Mais à frente, a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, surge como uma política pública de expansão de cobertura da atenção, com redefinição das políticas racionalizadoras, a partir de princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde (PAIM, 1986).

Nesse cenário, o movimento organizado de mulheres também ganhava destaque nas esferas do poder público em busca de uma assistência integral à mulher, preocupada com o corpo como um todo e não apenas com órgãos isolados (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Despontou uma agenda de saúde pública na qual se incluíam os grupos feministas surgidos no momento histórico da democratização política, nos anos 1980. O movimento organizado de mulheres cresceu e apresentou propostas que ampliavam a questão da sexualidade feminina, trazendo a anticoncepção para o contexto da saúde reprodutiva, como um direito das mulheres. Desde então, as reivindicações das mulheres eram pra que as ações voltadas para a regulação da fecundidade estivessem atreladas a uma abordagem integral da saúde da mulher, mais amplamente, a uma abordagem sobre os direitos das mulheres.

Esse movimento foi a expressão de um fenômeno mundial, decorrente de uma preocupação com a questão da condição da mulher, mas também com a necessidade de controlar a natalidade. A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou 1975 como o ano Internacional das Mulheres, contribuindo para o fortalecimento dos movimentos feministas. Naquele momento, foram organizados vários eventos, com o apoio da ONU, e foi fortalecido o Movimento Feminino pela Anistia, com a participação de mulheres que vivenciaram o exílio. Esse contexto influenciou o movimento de mulheres brasileiras. Novos grupos de mulheres foram formados por todo o país em busca da autonomia das mulheres dentro da sociedade, num enfrentamento à política repressora vigente nos anos de ditadura militar (SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2014).

No início dos anos 1980, a profunda crise econômica repercutia sobre o financiamento do setor saúde e de outras políticas sociais. Em um país com acelerado processo de industrialização e urbanização, no qual as mulheres, já em 1981, compunham 32,9% do mercado de trabalho (HOFFMANN; LEONE, 2004), a participação dos movimentos de

mulheres por melhoria nas condições de vida e trabalho tornou-se premente. Nesse contexto, as reivindicações por serviços e ações de saúde e para também atender a inserção social dessas mulheres no mercado de trabalho passam a integrar com mais destaque a pauta de demandas. De acordo com Diniz (2013), é nesse contexto que o movimento feminista propõe uma ruptura com o “materno-infantilismo” que foca na mulher apenas na condição de mãe, em um sistema de práticas médicas sexistas e autoritárias.

Em resposta às frequentes pressões de grupos feministas organizados, em 1984, o MS estabeleceu as bases para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade e explicitar o compromisso com o direito das mulheres, na opção de exercer ou não a maternidade.

Os primeiros documentos do PAISM é o resultado da convergência de propostas dos grupos ligados ao movimento sanitário e das feministas. Tinha como foco central a assistência integral à saúde da mulher e a ampliação do sistema básico de assistência à saúde. Suas estratégias de atuação abrangiam a abordagem dos problemas de saúde presentes na vida das mulheres, desde a adolescência até a terceira idade. Priorizava a assistência integral clínico-ginecológica e educativa e ações voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério, o controle das doenças transmitidas sexualmente, a prevenção do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

O PAISM, ao criticar o modelo de assistência centrado no ciclo gravídico-puerperal, propiciou uma reflexão acerca da assistência integral à saúde da mulher, compreendida como conjunto de ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional. Também demarcou a defesa da ampliação do sistema básico de assistência à saúde. O Programa surgiu como resultado de pressões de vários grupos de interesses, ou seja, os vinculados às pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; os ligados às pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde e as pressões dos movimentos de mulheres para que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial (BRASIL, 1984).

No que tange à discussão mais restrita à assistência materna e infantil, o documento apontou as principais causas de óbitos por questões diretamente relacionadas com a função reprodutiva, como hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecções puerperais, hemorragias obstétricas e aborto. Relatou ainda os principais problemas da rede

assistencial no período, como a baixa cobertura do acompanhamento pré-natal, a baixa qualidade do atendimento, a insuficiência de serviços de assistência ao parto, a sobrecarga de trabalho, o insuficiente preparo do pessoal de saúde e a recorrente peregrinação de parturientes em busca de atendimento. Além disso, ressaltou o crescente problema da medicalização no parto e da elevação das proporção de partos cesarianos em todo o país.

A partir desse diagnóstico, o PAISM apresentou como principais objetivos programáticos: evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada; identificar e controlar as doenças sexualmente transmissíveis; desenvolver atividades de regulação da fecundidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar; ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama; melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado; diminuir os índices de cesáreas desnecessárias; aumentar a cobertura do pré-natal, ampliar as ações de planejamento familiar nos serviços básicos de saúde. O Programa fez uma associação da assistência integral à saúde das mulheres que inclui o combate às restrições à autonomia reprodutiva, o fomento ao poder das mulheres para se proteger contra infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto e violência sexual com as condições de vida, situação socioeconômica, nível de escolaridade, acesso a bens e a serviços (BRASIL, 1984).

As propostas de ampliação da oferta e melhoria dos serviços de saúde, com ênfase na expansão dos serviços básicos, prevista no PAISM, ocorriam em plena crise econômica dos anos 1980 no Brasil. Fonna e Ravindranb (2013) analisam que, com a crise do petróleo de 1979, conforme ocorria em um conjunto de países, o Brasil aumentou os empréstimos com o Fundo Monetário Internacional. Cresceram as taxas de juros, a inflação, o déficit orçamentário público, o desemprego, a desvalorização monetária para atrair investimentos e diminuíram os salários de servidores públicos. De acordo com Costa (1996), como o fundo previdenciário era dependente direto da taxa de emprego, essa crise conjuntural afetou, duramente, a capacidade de arrecadação do Sistema e os serviços sociais. O debate sobre a conjuntura política e econômica concentrou-se no cálculo de custos e benefícios, sendo o setor saúde apontado como o principal responsável pelo desequilíbrio financeiro do sistema. Mas de fato o que se viu, no campo específico das políticas de saúde, foi uma rápida expansão da oferta de serviços (leitos hospitalares) em hospitais privados conveniados, com abrupto aumento nas internações. Essa situação foi favorecida pela articulação público-privado, apoiada pelo Fundo Previdenciário, entre os anos 1970 e 1990 (COSTA, 1996).

Nessa conjuntura política e econômica, emergiu a agenda da Reforma Sanitária como resultado da luta dos movimentos sociais em busca de melhores condições de vida e saúde. Tal agenda fundou-se em críticas contundentes ao modelo de atenção à saúde vigente, centrado no subsídio estatal para a expansão da medicina previdenciária e no cuidado médico individualizado, de base hospitalar e ambulatorial. Cresceram as reivindicações em defesa da equidade e justiça social, ainda que se tenha adiado a definição sobre as fontes de recursos financeiros para dar conta da ampliação desses direitos (COSTA, 1996).

No final dos anos 1970 e início da década seguinte, a crise econômica agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população e aumentou as necessidades de atenção à saúde ao serem diminuídas as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à saúde (MERCADANTE, 2002). Sob o impacto de um processo de redemocratização política e de uma grave crise econômica, com repercussão em um conjunto de países, intensificaram-se as reivindicações por uma reforma sanitária. As prioridades previstas para a reforma eram: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE, 2002; MESQUITA, 2010).

Analisando o contexto da década de 80, Marta Ferreira Santos Farah faz uma análise sobre a incorporação das questões de gênero nas políticas públicas, no período. Em artigo intitulado “Gênero e Políticas Públicas”, destaca o protagonismo das mulheres nas mobilizações em torno da democratização do regime e de questões que atingiam os trabalhadores urbanos pobres. O movimento de mulheres reivindicava a melhoria diante dos baixos salários, elevado custo de vida e questões relativas à inexistência de infraestrutura urbana e ao acesso precário a serviços coletivos, caracterizado pela articulação entre “crescimento e pobreza”. No conjunto dessas reivindicações, que constituía a base de luta do movimento pela reforma sanitária brasileira, as mulheres levantavam temas específicos à condição da mulher como direito à creche, à saúde integral, sexualidade e contracepção e combate à violência contra a mulher. Naquele momento, houve uma convergência entre as reivindicações dos movimentos sociais, com o movimento feminista. Além de lutar contra as desigualdades sociais, as feministas tinham como objetivo central a transformação da situação da mulher na sociedade, de forma a superar a desigualdade presente nas relações entre homens e mulheres (FARAH, 2004).

Para Farah (2004), desde a década de 70, já em torno da luta pela democratização do regime e de reivindicações ligadas ao acesso a serviços públicos, as mulheres constituíram os principais atores nos movimentos populares. Na tentativa de reconhecimento do protagonismo dessas mulheres, a autora chama atenção para o fato de que os principais atores do movimento pela reforma sanitária eram de fato atrizes. Analisa que a história desses movimentos é também a da constituição das mulheres como sujeito coletivo, em que estas deixam a esfera privada e passam a atuar no espaço público.

Mas, no contexto econômico do início da década de 1990, a luta dos movimentos sociais, voltada para a consolidação do SUS enquanto um sistema universal, equitativo e promotor de saúde integral, passa a concorrer com a defesa de políticas de restrição aos gastos públicos. Tais políticas deveriam ser implementadas não apenas no Brasil, mas em boa parte dos países em desenvolvimento, sob a lógica do ideário neoliberal. Naquele contexto, as reivindicações pela garantia do direito à saúde disputavam espaço com uma série de estratégias de gestão pública que propunham políticas com caráter focalizador ao invés de universal.

A implementação do SUS foi se dando por meio da publicação das normas técnicas, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas entre os anos de 1991 e 1996. As NOBs fixaram as bases de funcionamento do SUS. Definiram critérios como pagamento por produção de serviços; alocação de recursos, condicionando a sua liberação à apresentação de planos, programas e projetos; criação de mecanismos de decisão com eminente caráter participativo e descentralizador. A partir de 1998, com a determinação dos repasses fundo a fundo, por meio do Piso Assistencial Básico (PAB), os municípios passaram a receber um montante fixo mensal para a execução de serviços essenciais, individuais e coletivos (MERCADANTE, 2002). O PAB trouxe gradativa estabilidade ao Sistema.

As NOBs foram o principal instrumento legal para a descentralização das ações de saúde, particularmente as de atenção básica. O mesmo, entretanto, não se podia dizer dos serviços de maior complexidade. Faltava, ainda, uma abordagem regionalizada e mais adequada à estrutura administrativa do país e suas particularidades.

Diante das limitações quanto à equidade na alocação de recursos, em 2001, o MS publicou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001), com objetivo de promover maior equilíbrio na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Para isso, instituiu a regionalização como macroestratégia central para a reorganização e articulação das ações e serviços de saúde (MERCADANTE, 2002).

A NOAS 2001 propôs uma assistência qualificada e de melhor resolutividade na atenção básica, com priorização de áreas como saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Também foram estabelecidas as diretrizes gerais de organização de ações de média e alta complexidade, por meio do mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas específicas, como gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras. No campo específico da atenção materna e infantil, a NOAS 2001 propôs que o Plano Diretor de Regionalização deveria ser elaborado na perspectiva de garantir, minimamente, o acesso a um conjunto de ações e serviços, dentre os quais foram incluídas a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

De modo geral, A NOAS 2001 propôs que o financiamento das ações ambulatoriais fosse feito com base em um valor per capita nacional; as internações hospitalares, de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual e respeitando o Teto Financeiro da Assistência de cada Unidade da Federação. Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o MS deveria adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir as diferenças entre os gastos antes e após a reorganização dos serviços prestados (BRASIL, 2001).

No ano 2000, com a EC nº 29, foram definidos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. No caso da União, o valor passou a corresponder ao montante empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde, no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto do ano em que se elabora a proposta orçamentária. Para os estados e municípios, os valores passaram a ser calculados a partir das receitas próprias de cada ente. Os estados deveriam destinar 7%, no ano 2000, chegando a 12%, em 2004, e os municípios deveriam partir de 7%, chegando a 15%, no mesmo período (BRASIL, 2003).

Com as NOBs e NOAs, os reordenamentos nos mecanismos de financiamento e redefinições nas responsabilidades dos municípios propiciaram avanços importantes no acesso aos serviços de saúde, com repercussões no perfil da natalidade e mortalidade do país e de, forma particular, nos indicadores de saúde materna e infantil. De forma geral, os municípios foram responsabilizados, minimamente, pela oferta da assistência básica à criança na primeira infância e pré-natal. Para a atenção ao parto de risco habitual e de alto risco, foram definidas responsabilidades de acordo com o nível de gestão do município. Ademais, a publicação de um conjunto de políticas e programas específicos no campo da atenção materna e infantil também foi determinante para essas mudanças.

Para Victora (2011), a partir dos anos 1990, foi ampliado o acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças. Além disso, as desigualdades regionais de acesso a tais intervenções foram reduzidas. Essas mudanças foram resultado não apenas da criação do SUS, que propiciou a expansão da cobertura de serviços básicos para áreas mais pobres do país, por intermédio do Programa de Saúde da Família, mas também são o resultado de um conjunto de políticas sociais, econômicas e demográficas. Resultam de crescimento econômico, programas condicionais de transferência de renda, urbanização, melhorias no sistema de água e saneamento, melhoria na educação das mulheres e redução nas taxas de fecundidade.

Na primeira década dos anos 2000, foi lançado um conjunto de políticas e programas que buscou estruturar e qualificar a assistência à saúde materna e infantil. No contexto internacional, no ano 2000, foi apresentada a Declaração do Milênio, pacto internacional pela eliminação da pobreza firmado por dignitários de 191 países. Na ocasião, a ONU deu início ao delineamento dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a serem alcançados até 2015. Foram traçadas ações de combate à pobreza e à fome, promoção da educação, da igualdade de gênero, de políticas de saúde, saneamento, habitação e meio ambiente. Para atingir esses Objetivos, a ONU apresentou um conjunto de 18 metas. Dois dos objetivos prioritários, o 4 e o 5, propuseram a redução das altas taxas de mortalidade na infância e a melhoria da saúde materna. A meta 4 propôs uma redução de dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, entre 1990 e 2015; a meta 5, uma redução de três quartos da mortalidade materna, no mesmo período. No caso do Brasil, a taxa de mortalidade na infância deveria passar de 47,1 óbitos/1000 NV para 15,7 óbitos/1000 NV e a razão de mortalidade materna de 139/100 mil NV para 35/100 mil NV (BRASIL, 2007).

Diante desse contexto, um conjunto de políticas e programas no campo da assistência materna e infantil compôs as prioridades da agenda governamental na primeira década dos anos 2000, no Brasil. Ainda em 2000, destaca-se o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e ao recém-nascido.

De acordo com balanço realizado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres do MS, referente ao período de 2003 a 2010, identifica-se, no período, o lançamento de um amplo conjunto de políticas e programas no campo da atenção à saúde integral da mulher e da assistência materna e infantil. São eles:

- a) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004;

- b) Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – 2004;
- c) Política Nacional de Humanização do SUS –2004;
- d) Lei nº 11.108/2005 - Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – 2005;
- e) Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – 2005;
- f) Norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento – 2005;
- g) Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos – 2005;
- h) Política Nacional de Reprodução Humana Assistida – 2005;
- i) Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis – 2007;
- j) Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo– 2007;
- k) II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres/ 2008-2011 – 2008;
- l) Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal – 2009;
- m) Plano de Qualificação em Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal –2009.

Outros documentos, igualmente compilados no referido balanço, mas não mencionados nesse texto, apresentam propostas relativas à violência sexual e doméstica, à condição de saúde de mulheres negras, de mulheres privadas de liberdade, à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis (LGBT). Todos esses são temas de constantes debates do movimento de mulheres, que demandam grandes desafios na defesa de direitos e igualdade de gênero, merecendo aprofundamento em outros estudos.

Em 2004, com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), após 20 anos da publicação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a luta por uma assistência integral e de qualidade ganha novo fôlego. De acordo com Mesquita (2010), apesar das tentativas de restrição do debate sobre a integralidade da saúde da mulher, nos anos 1990, esse princípio permaneceu forte no ideário dos diversos atores da saúde. Com a publicação da PNAISM, retoma-se o conceito de integralidade e a luta para ampliar o acesso ao planejamento familiar no Brasil.

Ainda que o PAISM tenha propiciado avanços importantes na atenção à saúde da mulher, identificam-se lacunas importantes na garantia da integralidade da atenção. Até então, verifica-se a priorização das ações voltadas à saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher. Essa perspectiva

de atuação comprometeu a transversalidade de gênero e raça, mesmo que se identifiquem avanços na integralidade, com maior integração com outras áreas de atuação. Foram, ainda, incorporadas questões como a violência sexual (BRASIL, 2004b).

A PNAISM propôs um avanço na atenção integral à saúde da mulher, incorporando questões ainda não previstas pelo PAISM. Surge da reunião de um grupo de sanitaristas, psicólogas, sociólogas, movimentos de mulheres, negros, trabalhadoras rurais, pesquisadores e estudiosos da área e gestores do SUS; organizações não-governamentais e agências de cooperação internacional. Os grupos de mulheres que apoiavam a PNAISM eram bastante politizados, com um forte foco na ideia de que “o que é técnico é político”(BRASIL, 2004b).

Com a transformação do PAISM na PNAISM, houve um aprofundamento da perspectiva de gênero na compreensão dos principais problemas de saúde que afligem as mulheres. A condição de saúde das mulheres foi pensada de forma articulada com suas condições de vida, de renda, de emprego e com o papel social desempenhado pelas mulheres, num contexto de desigualdade, determinado por relações, papéis, crenças e atitudes socialmente determinados. A Política considera imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004b).

Com a PNAISM houve uma repolitização do debate que deu centralidade à perspectiva de gênero na discussão sobre a educação em sexualidade. Priorizaram-se temas como o acesso aos métodos anticoncepcionais, a centralidade do poder médico e o domínio sobre o corpo feminino, a desmedicalização do parto, humanização da assistência, e a saúde mental das mulheres. Além disso, o aborto foi tratado como um problema de saúde pública. As discussões em torno das atividades de planejamento familiar pautaram-se não apenas em uma perspectiva de gênero, mas numa ampla discussão acerca do princípio da equidade. Tratou-se do acesso aos meios para a regulação da fecundidade e controle do risco gravídico, em suas articulações com o modelo de assistência centrado no excesso de intervenções médicas.

A PNAISM propôs ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica; o planejamento familiar; a atenção obstétrica e neonatal, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras; a atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual; a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis; reduzir a morbimortalidade por câncer; implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero; implementar a atenção à saúde da mulher no climatério e na terceira idade; promover a atenção à saúde da mulher negra, trabalhadoras do campo e da cidade, indígena, mulheres em

situação de prisão; fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2004b).

Ainda que não fosse possível identificar estatísticas confiáveis sobre o problema, a PNAISM discutiu sobre os riscos do aborto realizado em condições precárias e sobre o despreparo dos profissionais de saúde para esse tipo de atendimento. O documento destaca que as complicações imediatas mais frequentes dos abortos, que são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, faziam com que os abortos inseguros estivessem entre as principais causas de morte materna. Destaca ainda que são uma das principais causas de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Essa violência comumente se traduz no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita, com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas (BRASIL, 2004b).

As críticas das mulheres se referiam principalmente à falta de políticas voltadas para a prevenção do aborto e a má qualidade na assistência ofertada. A PNAISM desbravou uma discussão até então não tratada nas políticas de atenção à saúde materna e infantil no Brasil e que ainda enfrenta forte resistência por diversos setores da sociedade brasileira. Em decorrência disso, os problemas gerados pelos altos índices de abortos inseguros, debatidos ainda na década de 1980, mantêm-se enquanto grave problema de saúde pública no Brasil. Em pesquisa sobre a estimativa de aborto induzido no Brasil, a partir de dados sobre as hospitalizações do SIH/SUS, identificou-se um total de 1.054.242 abortamentos induzidos em mulheres entre 15 e 49 anos, em 2005. As autoras chamam atenção para o fato de o Brasil apresentar uma taxa mais elevada que países da Europa onde há acesso fácil aos contraceptivos e o aborto é legal (ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2006).

Além de defender a intensificação de estratégias para prevenir a gravidez indesejada, a PNAISM ampliou o debate sobre a saúde reprodutiva, vinculando-a ao direito de uma pessoa ter vida sexual segura e satisfatória, com capacidade de reproduzir e liberdade para decidir sobre quando e quantas vezes deseja fazê-lo.

As propostas da PNAISM vão além das questões restritas ao ciclo gravídico-puerperal, conferindo centralidade a outras questões intrinsecamente vinculadas à discussão de gênero, como a violência sexual e/ou doméstica, e o agravamento dos transtornos mentais relacionados aos aspectos cotidianos da vida das mulheres. O problema da saúde mental foi apresentado não apenas como decorrente dos transtornos individuais que acometem as mulheres, mas foi contextualizado com os aspectos da vida cotidiana, com a estrutura social

que essas mulheres contam para resolver as questões práticas da vida em meio à sobrecarga de responsabilidades e às várias jornadas de trabalho.

Para Souto (2008), a PNAISM trouxe uma contribuição significativa para a inclusão das questões de gênero na determinação das condições de saúde das mulheres e para a construção da integralidade da assistência. Todavia, a execução dessas ações ultrapassou a área técnica da saúde da mulher. A sua implementação exigiu que cada área, nos três níveis municipal, estadual e federal assumissem o compromisso de inserir essas diretrizes nas práticas cotidianas das ações e serviços de saúde. Ademais, não são claros, pelo menos na formulação dessas políticas, os recursos financeiros destinados à implementação das ações.

Ainda que as políticas e programas demarquem posicionamentos e intensões de governos e de grupos sociais organizados, a efetivação das propostas, e, por conseguinte, dos direitos, não ocorrem apenas em decorrência das normatizações e publicações. Os processos envolvidos na garantia desses direitos dependem essencialmente das disputas políticas e das prioridades dos governos, as quais determinam as prioridades na alocação de recursos financeiros.

Mas tratando da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, foco deste estudo, e sem perder de vista suas articulações com as questões de gênero, pode-se afirmar que, no início dos anos 2000, ganha expressão, no Brasil, o movimento de defesa da humanização do parto e nascimento.

Na década de 1980, no Brasil, a maioria dos partos já ocorria em ambiente hospitalar. A mudança do parto doméstico, assistido por parteiras, para o parto hospitalar, conduzido por médicos, decorreu de um conjunto de fatores complexos como o número alto de mortes nos casos de complicações; a necessidade de criação de maternidades separadas de hospitais gerais e a adoção de medidas de higiene e isolamento; a evolução da técnica da cesariana, no caso dos partos com complicações (MAIA, 2010).

No entanto, a utilização desenfreada de recursos tecnológicos, sem a devida correspondência com as necessidades reais das parturientes, levou a questionamentos e reivindicações em busca da melhoria na qualidade da assistência ao parto e nascimento. Considera-se que o modelo assistencial hegemônico, nas décadas de 1970 e 1980, foi um solo fértil para que se legitimasse a obstetrícia moderna e o modelo tecnocrático de assistência ao parto. De acordo com as definições de Maia (2010), o modelo tecnocrático se caracteriza por uma assistência ao parto em âmbito hospitalar, realizado por médico, com apoio de um intenso aparato tecnológico e fármaco-químico, nos moldes de uma linha de montagem taylorista. Na assistência tecnocrática, a mulher perde o protagonismo do parto, adotando a

posição deitada (litotomia), considerada dificultadora do processo fisiológico do trabalho de parto. Há ainda uma desvalorização da influência do ambiente externo e da condição emocional da mulher no bom andamento do trabalho de parto. O processo é concebido como um processo basicamente fisiológico, sem implicações emocionais. O modelo caracteriza-se ainda por intervenções médicas rotineiras nas situações em que a equipe médica considera que o músculo uterino não responde adequadamente (rompimento do saco amniótico pelo médico, aplicação de ocitocina, realização da cesariana, etc).

Nos anos 1990 e início dos anos 2000, as preocupações se voltaram para a necessidade de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde para qualificar a assistência, com o mínimo de intervenções e respeito às necessidades reais das parturientes. A necessidade de enfrentar os graves problemas nas condições da assistência ao parto e nascimento é legítima e propiciou incontestáveis avanços, no entanto, ocorreu de forma concomitante à consolidação do modelo tecnocrático, que é responsável pela ampliação desenfreada dos índices de cesáreas em vários países do mundo. A tendência de crescimento dos partos cesáreos, no Brasil, começou ainda nos anos 1970, quando a proporção desse tipo de partos era de 15%, passando para 31%, em 1980 e, desde então, não parou mais de crescer. Para Maia (2010, p. 38), foram diversas as causas relacionadas a esse evento:

O maior valor pago pelo INPS para os partos cesáreos, na década de 70; medo das mulheres da dor do parto normal; crença por parte das mulheres e dos médicos de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; atendimento centrado no médico e não em equipes multidisciplinares que incluem obstetrias; não pagamento de anestesia para o parto normal; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária; a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, esta vista como algo negativo, e entre parto cesáreo e segurança.

Diversos estudos tratam das questões ligadas à sexualidade, à escolha das mulheres e à segurança da mãe e da criança, relacionadas ao parto cesáreo e ao parto normal e apresentam contestações importantes sobre as desvantagens do parto normal e a segurança das cesarianas (AQUINO, 2014; BRASIL, 2012e; LEAL et al., 2009; MAIA, 2010; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; NARCHI, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015; RATTNER, 2009; WEIDLE, et al., 2014). A operação cesariana surgiu como uma necessidade médica para conduzir os casos com complicações e, com o passar do tempo, foi aprimorada com novas técnicas cirúrgicas, anestesia, assepsia, antibiótico e terapia. Todo esse aparato contribuiu para diminuir as taxas de mortalidade e sequelas neonatais e maternas,

principalmente nos casos advindos de partos distócicos. No entanto, houve um aumento exagerado na proporção de partos cesáreos, com indicações precoces, na maioria das vezes eletivas. Essa situação vem sendo responsável por um gradativo aumento nos custos assistenciais e transformando a solução inicial em problema.

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a proporção ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% do total de partos. Em publicação mais recente, a OMS recomenda que essas cirurgias sejam feitas apenas nos casos em que são realmente necessárias, não definindo uma proporção adequada. A OMS considera que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos. Ao realizar revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a proporção ideal, o órgão destaca que as proporções de partos cesáreos maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal. Chama atenção para o fato de que a cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura, e de tratar complicações pós-operatórias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Devido ao aumento gradativo do número de partos cesarianos, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria nº 569, de 1/6/2000. O PHPN, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, apresentou um conjunto de propostas com o intuito de:

Reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de Alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes. O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002a, p. 5).

O PHPN considerou que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primordial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. O documento destacou que, no campo da assistência obstétrica, a humanização passa por pelo menos dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever dos profissionais de saúde receber a

mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade; e adotar procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que possam acarretar maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002a).

O Programa tomou como referência o documento publicado pela OMS que compilou informações sobre a assistência ao parto normal, expondo as condutas obstétricas recomendadas, as que necessitam ser realizadas com cautela, devido à falta de comprovação de seus benefícios, e chamou atenção para as práticas danosas e inadequadas.

Com a publicação do PHPN e fundamentando-se no documento publicado pela OMS, o MS levantou o debate sobre o conceito de violência obstétrica. Definiu como uma prática marcada pela negligência na assistência, pela discriminação social, pela violência verbal, física e psicológica. Também considerou ato de violência obstétrica o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher (ANDRADE et al., 2016).

Além de apresentar um conjunto de procedimentos (tipos e periodicidade de exames, consultas, atividades educativas, estratégias para a classificação de risco gestacional) a serem adotados para uma adequada assistência ao pré-natal, o Programa estabeleceu incentivos financeiros para a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento. A cada gestante cadastrada e acompanhada no recém-criado Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança, o SISPRENATAL, o município receberia R\$ 10,00. A cada parto em que constasse, na Autorização de Internação Hospitalar AIH, o número da Ficha de Cadastramento da Gestante o incentivo seria de R\$ 40, 00.

Também foram previstos repasses aos municípios para a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. Tais recursos destinaram-se à estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e à melhoria da remuneração do custeio da assistência ao parto. O Programa trouxe um avanço com relação às políticas e programas anteriores ao estabelecer metas financeiras para alocar R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento das ações. Definiu também as responsabilidades de cada ente federativo e critérios para avaliação dos processos e resultados alcançados pelos municípios.

A humanização da atenção ao pré-natal e ao parto ganhou eco entre especialistas no campo da saúde materna e infantil e em diversos movimentos sociais no Brasil e no mundo. O PHPN toma como grande desafio a redução da alta proporção de partos cesarianos. De acordo com Leal et al. (2009), o aumento das proporção de cesariana foi bastante expressivo no

continente americano e mais especificamente no Brasil. Os autores ressaltam que, no Brasil, na primeira década dos anos 2000, o percentual de cesarianas estava entre os maiores do mundo. A cirurgia foi tão banalizada que em algumas regiões do país ultrapassou os 80% do percentual total de partos. Iniciativas adotadas pelo MS, como alteração do pagamento dos partos cesáreos e estabelecimento de limites desse tipo de parto por unidade da federação, com metas decrescentes de sua realização, tiveram impacto apenas nos serviços públicos. Nos serviços privados, a proporção de cesáreas se mantém bem mais elevadas, próximas a 90%.

Os autores chamam atenção para o fato de que o aumento da proporção de cesarianas deve-se principalmente às cesáreas eletivas. Portanto, não estariam necessariamente relacionadas às questões relativas ao risco obstétrico e, sim, a fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”. Para eles, a preferência das mulheres pelo parto cesáreo está de fato correlacionada à conduta intervencionista do médico e à propagação da ideia de que a qualidade do atendimento obstétrico estaria fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório.

Questionamentos recorrentes ressaltam a importância da indicação correta de cesáreas, mas denunciam também a indicação indiscriminada, sem critérios bem-definidos. Nesses casos, as mães e recém-nascidos acabam sendo submetidos a riscos adicionais. Como qualquer outra cirurgia, a cesariana não está isenta de complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas relacionados à transfusão de sangue. Ademais, interferem nos cuidados com os recém-nascidos, propiciando fragilidade física e intercedem na relação mãe-filho. A cesariana não deve ser vista como uma intervenção cirúrgica trivial, uma vez que aumenta o risco de hemorragia pós-parto, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mortalidade e ruptura uterina em gestações subsequentes com placentação anormal. Para o recém-nascido, as complicações potenciais incluem o aumento da necessidade de suporte ventilatório no nascimento e maior uso de UTI neonatal (WEIDLE et al., 2014).

O aumento gradativo da proporção de partos cesáreos também se deve ao fato de que as mulheres não têm sido preparadas para o parto normal, pois geralmente não recebem informações que diminuam seus medos. Também não são informadas sobre as complicações que os partos cesáreos podem gerar para a saúde da mulher e do bebê. Um sentimento comum entre essas mulheres é o medo, sobretudo porque não compreendem a fisiologia do corpo humano e não conhecem as fases do trabalho de parto. O fato de muitas vezes ficarem sozinhas durante o trabalho de parto, sem alguém que lhe ofereça alguma segurança, contribui para o ciclo do medo e da dor (WEIDLE et al., 2014).

A temática da humanização da assistência, largamente debatida no PHPN, coloca-se enquanto preceito ético nas práticas sanitárias nas diferentes áreas de atuação no SUS, inclusive propiciando a publicação da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), em 2004.

A PNH surgiu enquanto uma política transversal que, em linhas gerais, visa fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade, com ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo e fortalecimento do vínculo e da responsabilização dos profissionais de saúde com os usuários. Para isso, propõe a adoção de posturas éticas e um conjunto de estratégias tecno-operacionais que visam: promover a atuação em rede com alta conectividade; reduzir as filas e o tempo de espera nos serviços de saúde; estimular a transdisciplinaridade; assegurar direitos previstos no código dos usuários do SUS; promover gestão participativa. Configura-se enquanto uma política transversal que busca gerar mudanças em todas as práticas sanitárias (BRASIL, 2004a).

O conceito de humanização é amplo e, no contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve práticas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos (BRASIL, 2004a).

Também em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade- Materna e Neonatal que propôs ações para apoiar os gestores de todas as esferas de governo. Para a construção do Pacto, o MS aglutinou várias instituições e representantes dos movimentos sociais (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Pediatria; Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos; Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica; Conselho Federal de Medicina; Rede de Humanização do Parto e Nascimento; Organização Pan-americana de Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância) que pudessem contribuir com a formulação de propostas e o monitoramento das ações governamentais, sobretudo considerando a complexidade dos determinantes da mortalidade materna e o seu alto grau de evitabilidade.

O documento propôs uma agenda de compromissos no campo da atenção materna e infantil para enfrentar a baixa qualidade da assistência prestada, a oferta insuficiente de profissionais capacitados para atuar na atenção obstétrica e neonatal, a precariedade e desarticulação da rede de serviços obstétricos, a permanência das altas razões de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal. As ações planejadas priorizaram: a garantia do direito a acompanhante e ao alojamento conjunto no pré-parto, parto e pós-parto imediato; o

acolhimento nos serviços, evitando a peregrinação de gestantes em busca de assistência; a assistência à saúde da mulher trabalhadora gestante; a melhoria da saúde das mulheres negras e índias e recém-nascidos negros e indígenas; a vigilância ao óbito materno e infantil; a redução da transmissão vertical do HIV/AIDS e sífilis congênita; a organização do acesso; a qualificação das urgências/emergências; a estruturação da rede hospitalar e centros de parto normal; a requalificação de hospitais amigos da criança; a estruturação de rede de hospitais de referência para gravidez de risco; o fortalecimento de projetos de premiação de serviços exemplares; a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento; o assessoramento técnico para planejamento local e regional e a capacitação profissional (BRASIL, 2004d).

O Pacto propôs uma articulação das ações de governo e da sociedade civil, envolveu diferentes atores sociais na qualificação da atenção às mulheres e aos recém-nascidos. Para isso, estabeleceu como meta reduzir a mortalidade materna e neonatal em 15% até o final de 2006. De acordo com dados apresentados pelo MS, 21 unidades federadas fizeram adesão ao Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, mas apenas 842 novos municípios aderiram ao programa, entre 2003 e 2004 (LAMARE, 2015).

Sob o enfoque de gênero, em 2005, o MS publicou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, com revisão das normas gerais de atendimento e apoio psicossocial e atualização de importantes procedimentos profiláticos. Esse documento foi atualizado e novamente publicado em 2012. A Norma Técnica contribuiu para orientar a conduta técnica e ética dos profissionais de saúde diante do grave e persistente problema da violência sexual contra mulheres. Tal violência tem dimensão global, persistente em diversas culturas, religiões, etnias e classes sociais. Para o atendimento das mulheres em situação de violência, orientou-se que nas unidades de saúde sejam realizadas a anticoncepção de emergência, a profilaxia das DSTs/Aids e a notificação compulsória, prevista na Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.

No tocante à questão do aborto legal, a Norma Técnica tratou do direito de interrupção da gravidez assegurado às mulheres, conforme o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e artigo 128, inciso II, do Código Penal brasileiro. O aborto legal, previsto em casos de violência sexual, pode ser realizado até a 20ª ou 22ª semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g. O documento alertou que 13% das mortes maternas registradas na época eram decorrentes de abortamento em condições inseguras. Também tratou de um conjunto de procedimentos para assegurar atendimento adequado a essas

mulheres, nos quais se incluem o acolhimento, a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento.

No mesmo ano, o MS publicou a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Esse documento tratou dos aspectos ético-profissionais e jurídicos do abortamento e das práticas dos profissionais nas atividades de acolhimento e escuta dessas mulheres. Essa norma também discutiu aspectos como o não julgamento dessas mulheres, a elaboração de roteiro de conversa, a escuta qualificada e as responsabilidades da equipe multiprofissional nesse atendimento. Além disso, trouxe orientações à atenção clínica ao abortamento. A publicação foi atualizada em 2010.

Quanto à atenção ao aborto, as publicações da primeira década dos anos 2000 demonstram um esforço do MS no seguimento dos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário. Todavia, a insuficiência de recursos, associada à complexidade do tema face à criminalização do procedimento e aos aspectos religiosos e éticos envolvidos são barreiras para a implementação de projetos de prevenção de aborto inseguro no Brasil. A normatização da prática profissional quanto ao aborto legal foi um passo importante, mas as inúmeras mortes causadas pelo alto número de abortos inseguros continuam sendo negligenciadas. Esse continua sendo um grande desafio a ser considerado na linha de cuidado da assistência materna e infantil no Brasil.

Cecatti et al. (2010), ao avaliar a prevalência de abortamento espontâneo e induzido, a partir de dados de uma amostra de mulheres brasileiras entrevistadas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, apresentam uma prevalência de 14% de aborto espontâneo e 2,4% de aborto induzido. Grimes et al. (2006) alertam que o aborto inseguro é uma pandemia persistente e evitável que põe em perigo a vida das mulheres, principalmente nos países em desenvolvimento, onde o aborto é altamente restrito por lei. Analisam que, mundialmente, a prevalência de aborto inseguro é estimada em 19 a 20 milhões. No ano 2000, ocorreram 14 abortos induzidos por 1.000 mulheres entre 15 a 44 anos. Mas na América Latina, a prevalência foi maior, cerca de 20 abortos por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos. Para o Brasil, foi estimada uma taxa de abortamento induzido de 36.5/1000 mulheres para o início dos anos 1990.

Para o enfrentamento a esse cenário, em 2005, também foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, cujos principais eixos de ação foram a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, os chamados métodos não-cirúrgicos, e o aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária.

A partir de 2006 todas essas ações foram incorporadas pela Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo, que definiu como atividades básicas a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle de doenças sexualmente transmissíveis, o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (BRASIL, 2007).

Nesse conjunto de propostas no campo da saúde sexual e reprodutiva também destaca-se o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis, em 2007. A persistência dos casos novos de AIDS em menores de cinco anos, devido à transmissão vertical da doença, e o aumento de casos de sífilis congênita demandaram a intensificação de ações de prevenção, sobretudo na assistência prestada nos serviços básicos de atenção à saúde. Entre 1998 e 2010, houve uma redução da incidência de casos de AIDS em menores de cinco anos de 6,0 para 3,5/100 mil, no entanto, nas regiões Norte e Nordeste, e no Espírito Santo (região Sudeste) ocorreu, de fato, um aumento da taxa (BRASIL, 2012b).

O Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis destacou a necessidade de ampliar as ações de notificação e tratamento da sífilis em gestantes e seus parceiros. No estudo Sentinela Parturiente de 2004, a prevalência de sífilis em gestantes foi de 1,6%, com estimativa de um total de 48.425 gestantes infectadas naquele ano. Contudo, em 2005, foram notificados 1.863 casos, ou seja, apenas 3,8% dos casos foram notificados (BRASIL, 2012b). Entre 2007 e 2010 houve, de fato, uma ampliação do número de casos de sífilis em gestantes no país, passando de 6.340 para 9.562 casos confirmados (BRASIL, 2016). Esses resultados demonstram a insuficiência de ações desenvolvidas para dirimir os problemas.

Ainda em 2009, com o propósito de apoiar a estruturação da rede de assistência obstétrica e neonatal e promover a qualificação da assistência ao parto e nascimento, foi lançado o Programa de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal. Os objetivos desse programa foram reduzir as altas razões de mortalidade materna e taxa de mortalidade infantil nessas regiões. O Programa se fundamentou na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), trazendo à tona uma ampla discussão acerca da necessidade de mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil. Destinou-se à melhoria da estrutura das maternidades e ao enfrentamento à baixa qualidade na assistência ao parto; criticou a débil utilização dos partogramas, o uso de corticóide e surfactante, a não incorporação das práticas que propiciem a evolução fisiológica do trabalho de parto; contribuiu com orientações clínicas, éticas e políticas para promover a vinculação da gestante às equipes de referência da atenção

básica, assegurar o acesso ao local para o parto, conformando linhas de cuidado integral, desde o pré-natal, parto até o puerpério; propôs ainda a adoção de estratégias de acolhimento da gestante, puérpera e recém-nascido nos serviços de atenção básica, acolhimento com classificação de risco (ACCR) nas maternidades e serviços que realizam partos; garantia de acompanhante para a mulher durante todo o período de internação; adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados (BRASIL, 2009b).

A partir das ações do Programa foram priorizadas 25 maternidades das regiões Nordeste e da Amazônia Legal, escolhidas de acordo com critérios como inserção na rede de atenção materna e perinatal na região, número absoluto de óbitos neonatais/ano, existência de serviço de referência para alto risco. Para essas maternidades foram previstos cursos de capacitação para as equipes técnicas e gestores e alocação de apoiadores institucionais do MS para acompanhar e favorecer o desenvolvimento das atividades no cotidiano desses serviços. Do ponto de vista da estruturação dos serviços, o programa propôs investimentos para a adequação da ambiência das maternidades (BRASIL, 2009b).

Ainda em 2009 foi lançado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, tendo em vista que essas regiões apresentavam as maiores taxas do país. Enquanto a taxa para o Brasil, em 2009, era de 14,8 óbitos/1000 NV, na Região Norte era 17,99/1000 NV e no Nordeste 17,03/1000 NV (BRASIL, 2010a).

Mesmo que o conjunto de políticas e programas implantados na primeira década dos anos 2000 tenha apresentado resultados bem aquém das reais necessidades no campo da saúde materna e infantil, é certo que houve avanços importantes. O Brasil reduziu a taxa de mortalidade infantil de forma significativa. Entre 1990 e 2011, a redução foi de 71%, passando de 47,1 para 13,63 óbitos/1000 NV (BRASIL, 2016). Com esse resultado, o país cumpriu a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio traçados pela ONU, que foi reduzir a taxa de mortalidade infantil para 15,7 óbitos/1000 NV, até 2015. Verificou-se que a mortalidade pós-neonatal passou de 9,6/1.000 NV para 5,0/1.000 NV, o que representa uma queda de 48%, no período. O componente neonatal apresentou uma redução de 34%, passando de 17,0/1.000 NV para 11,2/1.000 NV (BRASIL, 2016).

Todavia, de acordo com o relatório “*Committing to Child Survival: a Promise Renewed Progress Report 2013*” publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o país ainda ocupa a posição 107 num *ranking*, em ordem decrescente, entre 195 países com maiores taxas de mortalidade na infância (UNICEF, 2013). Também analisando o cenário mundial, Wang et al. (2014), observam que, em 2013, as taxas de mortalidade infantil

variaram de 152,5 por 1.000 NV, em Guiné-Bissau, a 2,3 por 1.000 NV em Cingapura. Segundo os autores, as taxas anuais de mudança de 1990 a 2013 variaram de -6,8% a 0,1%, entre 188 países. Desde o ano 2000, em 30 países em desenvolvimento, foram registradas reduções nas taxas de mortalidade infantil. No entanto, em 2013, as mortes neonatais foram responsáveis por 41,6% das mortes abaixo dos cinco anos em comparação com 37,4% em 1990, apontando para a persistência nos problemas no pré-natal e parto em nível mundial.

No Brasil, a análise de outros indicadores também constata mudanças significativas que influenciaram na redução da mortalidade na infância, entre 2000 e 2011. Com relação à assistência materna, a taxa de natalidade foi reduzida de 20,86 por mil habitantes para 15,6; a fecundidade de 2,39 para 1,78, no mesmo período; o percentual de mães adolescentes baixou de 23,54% para 19,25%; o de gestantes com 7 ou mais consultas aumentou de 45,97% para 61,84 % e o quantitativo de partos hospitalares passou de 96,52% para 98,08% (BRASIL, 2016a, 2017b).

Os resultados foram positivos para vários indicadores de saúde, no entanto, há outros indicadores com um débil desempenho e que retratam uma situação mais preocupante. Os óbitos maternos decorrentes de complicações de abortos aumentaram de 7,6% para 8,4%; o número de casos de sífilis congênita dobrou, saiu de 4.141 casos/ano para 9.393 casos/ano. Houve ampliação do número de nascidos vivos de baixo peso de 7,7% para 8,53% e a proporção de partos cesáreos aumentou significativamente de 38,02% para 53,88%. Ademais, a redução da mortalidade materna foi aquém da meta de redução de 75% definida pela ONU para o alcance dos objetivos do desenvolvimento do milênio. Entre 1990 e 2011, a diminuição foi de 45,96%, passando de 141 para 64,8/100 mil NV (BRASIL, 2016a, 2017b).

A despeito do amplo conjunto de políticas e programas implantados desde o ano 2000, o baixo desempenho no resultado de vários desses indicadores também se deve aos problemas de falta de estrutura e desarticulação da rede de serviços maternos e infantis, que ainda caracteriza o sistema de saúde brasileiro. Numa pesquisa realizada por Almeida e Szwarcwald (2012) que analisa a rede de assistência ao parto e nascimento de todos os municípios brasileiros (5.564), no ano de 2005, observa-se grande desigualdade regional no número de leitos obstétricos por 1.000 NV. Há maior concentração de leitos nas regiões Sul e Sudeste. Devido à insuficiência de leitos obstétricos nos municípios menores, as gestantes brasileiras se deslocam, em média, 26,2 km em busca de atendimento. Em apenas 10% dos municípios o deslocamento é menor que 5 km. Outros 10% mostraram distâncias percorridas maiores que 50 km. As autoras concluíram que o deslocamento geográfico se mostrou inversamente proporcional ao porte populacional, ou seja, quanto maior o município, menor o

deslocamento para o município de ocorrência do nascimento (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012) As autoras observaram uma significativa diferença na oferta de leitos desses serviços entre as regiões. No Brasil identificou-se 1,26 leitos obstétricos por 1000 NV, todavia, no Nordeste, o número foi de 0,67 leitos/1000 NV e, no Norte, de 0,71 leitos/1000 NV. Enquanto, no Brasil, 0,17 estabelecimento, a cada 1.000 NV, possui UTI neonatal, no Nordeste, esse valor é de 0,09 e na região Norte é de 0,1. Os estabelecimentos de saúde concentram-se nas áreas urbanas, capitais e zonas centrais, em detrimento das zonas rurais, mais pobres e periféricas. Disso decorre, juntamente com fatores socioeconômicos e culturais, grande desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Com o intuito de melhor estruturar e articular as redes de atenção e priorizando algumas linhas de cuidado, nas quais se incluem a rede de atenção materna e infantil, o MS apresentou as Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto institucional, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha (Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011), com os objetivos de

Implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a, p. 2).

Ainda que o MS apresente a Rede Cegonha como programa ou estratégia, nesta pesquisa, é definida como política, tendo em vista que dá seguimento a um conjunto de medidas já previstas em políticas e programas anteriores e incrementa novas ações para a promoção, prevenção e assistência em saúde materna e infantil. Com a implantação da Rede Cegonha, a discussão da estruturação e qualificação da assistência materna e infantil ganha um elemento crucial: um conjunto de estratégias para organizar os serviços sob a lógica técnico-política e organizacional das redes regionais de atenção à saúde.

A seguir discutem-se as bases conceituais, diretrizes e normatizações publicadas pelo MS no processo de estruturação das redes de atenção à saúde, no âmbito do SUS, que nortearam a formulação da Política Rede Cegonha.

3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

No campo das políticas públicas, as redes se destinam a efetivar os direitos sociais, interligando serviços com o objetivo de melhorar a eficiência e diminuir os custos; expandir o acesso e conectar políticas setoriais com vistas à obtenção de ganhos na qualidade e alcance dos seus fins (TEIXEIRA, 2014). No campo da Saúde Coletiva, tem-se utilizado, de forma genérica, os termos rede de atenção à saúde ou rede de serviços de saúde para denominar a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território (região de saúde) para favorecer o acesso de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme lógica técnico-sanitária (SANTOS; ANDRADE, 2013). As redes de atenção ou serviço de saúde podem ser organizadas em função das especificidades dos serviços, por especialidades, ciclo de vida, linhas de cuidado.

Em uma das profícuas contribuições ao estudo das redes de atenção à saúde, Eugênio Vilaça Mendes as define como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por um a missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população (MENDES, 2008, p.6).

Na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, o MS define:

Redes de Atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010b, p.2).

De forma geral, os conceitos de redes de atenção à saúde tratam de alguns elementos constitutivos comuns como: a definição dos territórios sanitários; os pontos de atenção à saúde; a estruturação dos sistemas de apoio e logístico, incluindo os mecanismos de regulação da atenção e a modelagem do sistema de governança. Todos esses componentes fazem parte de um constructo organizacional que tem como finalidade garantir uma assistência integral, equânime, de qualidade e com eficiência econômica.

3.1 Marco legal das redes de atenção à saúde no SUS: contextos, avanços e desafios

O SUS, desde sua origem, na Constituição Federal de 1988, fomenta a organização das redes regionais de atenção à saúde, compostas por serviços de diferentes densidades tecnológicas e interligados sob a lógica de um sistema de referência e contrarreferência. A lei 8.080/90 previu o planejamento e orçamento do SUS com caráter ascendente e a participação dos estados no acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do Sistema.

Todavia, há uma significativa distância entre os processos normativos do SUS e o efetivo desenvolvimento das políticas, programas e ações propostos. Conforme ocorre com as demais políticas públicas, a estruturação e organização das redes de atenção à saúde é intrinsecamente dependente do contexto social e econômico e da dinâmica dos grupos em disputa. Ao tratar da organização das redes de atenção à saúde, Hartz e Contandriopoulos (2004) analisam que são estruturas voltadas para a organização de serviços que se constituem por uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas, num contexto de mudanças e compromissos mútuos. Essa definição coloca o contexto e os atores ou grupos de interesses como elementos centrais para compreender o desenvolvimento das redes de atenção à saúde. Esses arranjos organizacionais, propostos na lei orgânica do SUS, ainda na Constituição de 1988, vêm se desenvolvendo aparados por normatizações que visam aprimorar os mecanismos jurídicos e tecno-operacionais para efetivar a sua estruturação. No entanto, a organização das redes vem se desenvolvendo de forma diversificada nas várias regiões do país, diretamente influenciada pelos contextos sociais, econômicos e cenários políticos locais. Ademais, ao considerar apenas as diversidades geográficas, culturais e de capacidade instalada de serviços de saúde que caracterizam as regiões do país, já teríamos importantes elementos para compreender a complexidade e diversidade desses processos.

A proposta inicial prevista na constituição de 1988 de organização de um sistema único e organizado em redes, controversamente, deu-se em meio a um processo de aprofundamento da descentralização do SUS, com gradativo aumento da responsabilidade dos municípios na gestão do sistema. A implantação do SUS se dá, portanto, em meio aos descompassos gerenciais da difícil convivência entre o princípio da descentralização com o conceito de rede. As Normas Operacionais Básicas-NOBs, nos anos 1990, foram os instrumentos normativos que definiram os critérios para a habilitação dos municípios em diferentes níveis de gestão, com distintas responsabilidades sanitárias e aprimoramento dos mecanismos de financiamento do SUS. Em palavras sucintas, constituíram-se em mecanismos de descentralização do

sistema. Todavia, no Brasil, com os milhares de municípios de pequeno porte, a oferta de uma assistência integral só seria viável a partir da constituição de redes de serviços, com gestão compartilhada e solidária.

Conforme analisam Sauter, Girardon-Perlini e Kopf (2012), o processo de descentralização transferiu para os municípios recursos e responsabilidades e trouxe vantagens e desvantagens ao sistema de saúde. Entre as vantagens, os autores destacam a expansão dos serviços municipais de saúde, com melhoria do acesso às ações e serviços, tanto na atenção básica quanto de serviços mais complexos. Tais mudanças implicaram no controle de uma série de doenças evitáveis. De acordo com os autores, em dezembro de 2001, 89% dos municípios estavam habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal. Em relação aos estados, cinco estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual.

Do ponto de vista normativo, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 consolidou a política de Municipalização da Saúde, estabelecendo o pleno exercício dessa esfera de poder, com forte centralização do financiamento na União. Por outro lado, esses avanços não impediram a fragmentação na oferta, a baixa integração dos serviços e as iniquidades no acesso. O aprofundamento da municipalização ocorreu por meio de uma expansão da assistência à saúde com pouca economia de escala e de escopo e, ainda, sem criar nenhuma articulação regional dos serviços de saúde. De acordo com análise de Machado (2009), nos anos de 1990, a regionalização havia sido praticamente abandonada, quando a descentralização da gestão no setor saúde foi marcada pela transferência vertical de responsabilidades e recursos do Ministério da Saúde para os municípios.

Diante desse cenário, cresce a necessidade de avançar na regionalização, mediante a adoção de novas formas de organização da atenção e da gestão. De forma breve, destacam-se as diretrizes das publicações que constituem os principais marcos legais da estruturação das redes de atenção no SUS: Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002; Pacto pela Saúde – 2006; Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010; COAP – 2011.

A fragilidade do aparato jurídico, técnico e operacional necessário à estruturação das redes de atenção à saúde começa de fato a ser enfrentada a partir de 2001, com a publicação da NOAS 2001. Ao definir as diretrizes para o processo de regionalização da assistência à saúde no Brasil, a NOAS 2001 destaca que o enfrentamento do problema de milhares de municípios que não dispõem de condições para ofertar um amplo conjunto de serviços de saúde passa pela superação das restrições burocráticas do acesso aos serviços. Tais medidas

podem garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores. O documento propôs que a oferta de serviços nos vários níveis de atenção não poderia estar confinada aos limites dos territórios municipais. Definiu, portanto, um redirecionamento do sistema que pudesse fortalecer a coordenação das secretarias estaduais de saúde e a capacidade técnico-operativa dos estados e municípios. Desse modo, exerceriam funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação (BRASIL, 2001).

Com a NOAS, foram criados mecanismos técnico-operacionais para organização das redes regionais de saúde como o Planejamento Integrado, o Plano Diretor de Regionalização, os conceitos-chave para a organização do acesso aos serviços no âmbito estadual, como as regiões de saúde, os módulos assistenciais, a definição de municípios sede e municípios polo. Todos esses elementos foram colocados enquanto alternativas ao aprofundamento da descentralização, que definia responsabilidades que, muitas vezes, não correspondiam à real capacidade de oferta dos serviços dos municípios. Até então, não se dispunha de aparato técnico-operacional que pudesse consolidar, de fato, os processos de regionalização constitucionalmente garantidos.

De forma muito breve e numa tentativa de simplificação das deliberações do documento, o Plano Diretor de regionalização definiu: 1) Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, sendo que os estados podem se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde; 2) Módulo assistencial – território formado por um ou mais municípios, contendo um município-sede habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM, com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência (média complexidade); 3) Município-sede do módulo assistencial – município que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; 4) Município-polo – município de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (BRASIL, 2001). A operacionalização da regionalização deveria então pertencer às Secretarias Estaduais de Saúde a quem cabiam coordenar todas as mudanças.

Para a elaboração do Plano Diretor de Investimentos, os estados teriam que, além de definir os territórios, identificar prioridades de intervenção em cada região/microrregião; definir o papel de todos os municípios nas regiões de saúde; estabelecer os fluxos de

referência e contrarreferência e as estratégias de regulação e a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas (BRASIL, 2001).

A NOAS também definiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um mecanismo que permitiria a alocação dos recursos de forma transparente em cada município-sede de módulo ou polo regional de referência, estabelecendo os limites físicos e financeiros para o atendimento à população própria e às populações dos municípios referenciados. Já os Planos Diretores de Investimentos (PDI) definiriam os investimentos de curto, médio e longo prazo para suprir carências de oferta na capacidade instalada da rede regional.

Em 2002, diante da necessidade de revisão foi instituída a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02). Buscou-se fortalecer a gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, a coordenação junto aos prestadores de serviços de média e alta complexidade e os mecanismos de acompanhamento dos recursos advindos do nível federal.

De acordo com dados do MS, a maioria dos estados brasileiros avançou no processo de habilitação previsto pela NOAS 01/2002. Entre 2002 e 2005, houve uma ampliação de 14 para 24 estados habilitados. Os municípios habilitados em Gestão Plena de Saúde Municipal passaram de 77 para 134 e os habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada passaram de 239 para 1.397 (MACHADO, 2009).

A normatização do processo de regionalização evoluiu, mas a estruturação das redes regionais de atenção – base de qualquer sistema operacional descentralizado – avançou muito pouco e de forma bastante distinta, a depender da dinâmica de cada estado. Avançaram de acordo com as negociações entre diferentes atores, com os compromissos firmados e com as prioridades previstas na estruturação dos serviços. As dificuldades vão além das diversidades de contextos regionais já mencionadas, somam-se ao subfinanciamento do SUS e as disputas travadas diante da oferta de serviços privados e seus interesses, com claras repercussões nos modelos de gestão e de atenção do SUS.

As dificuldades no compartilhamento de responsabilidades entre os municípios e fragilidade na coordenação do processo de regionalização aceleraram a demanda por um “pacto de gestão”. Em 2006, o MS lançou o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão, desdobradas nos Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Em linhas gerais, a implementação do Pacto pela Saúde se daria pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG

substituiu os processos de habilitação que definiam as várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelecia metas e compromissos para cada ente da federação, com renovação anual. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. O Pacto de Gestão estabeleceu diretrizes nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão reafirmou a necessidade de fortalecimento dos principais instrumentos de planejamento da Regionalização: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI). O documento criou os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que têm por objetivo intermediar a relação entre os gestores do município, devendo:

Instituir o processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local. (BRASIL, 2006, p. 21).

O Pacto definiu ainda que os Colegiados deveriam ser formados pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios da região e por representantes do (s) gestor (es) estadual (ais). Suas decisões deveriam ser sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a instituição dos Colegiados propiciou uma maior cooperação intergovernamental na política de saúde e um maior protagonismo dos estados e municípios na condução da regionalização. Todavia, o poder de condução dos colegiados exige muito mais que normatizações, depende de aspectos técnicos, éticos, culturais, mas principalmente, depende do cumprimento de pactos políticos cooperativos entre as instâncias de gestão do Sistema para garantir os investimentos e recursos necessários às mudanças.

A disposição de agentes governamentais para estabelecer pactos e efetivar compartilhamento de responsabilidades não é algo simples. Para Machado (2009), a previsão orçamentária para o atendimento de munícipes oriundos de outros municípios diminuiu as tensões acerca da imposição de barreiras ao acesso aos serviços de saúde. No entanto, concentrou os conflitos na equalização das oportunidades de acesso. Para o autor, as violações

aos pactos entre agentes governamentais ocorrem devido ao frágil grau de vigilância das instâncias responsáveis pela coordenação dos processos de pactuação. Sob tais condições, a iniquidade de acesso a serviços de referência entre a população que reside no próprio município, onde são sediados, e a referenciada, permanece obscura para grande parte dos agentes governamentais implicados. Outra questão apontada pelo autor é a dificuldade de dimensionar o problema devido às dificuldades no cruzamento de informações entre procedimentos executados e tetos físicos e financeiros pactuados. Tais informações são registradas em diferentes sistemas de informação, em cada unidade da federação.

É certo que houve avanços na formalização de pactos visando ao funcionamento de redes regionalizadas de serviços de saúde, com experiências distintas nos estados brasileiros. Mas, corroborando com as ideias de Machado (2009), é também notória a precariedade das comissões intergestores para fazer cumprir decisões coletivas e inclusive aplicar penalidades, quando for o caso. Persistem dificuldades para implantar instrumentos de cooperação e estabelecer regiões de saúde capazes de superar o isolamento político e institucional da quase totalidade dos municípios do país.

Numa análise acerca dos fatores que interferem na construção e efetivação dos pactos entre os agentes governamentais, Machado (2009) define duas ordens de fatores que integrariam a dinâmica do processo: os elementos endógenos, próprios às regras que presidem os pactos; os exógenos, contendo elementos relevantes do cenário de fundo aos processos de pactuação. Quanto aos primeiros, observa-se que os municípios de referência- que denomina de exportadores- detiveram o controle sobre a execução dos pactos, obtendo posição vantajosa no processo. Ademais, no caso daqueles habilitados em Gestão Plena de Saúde Municipal (GPSM) gozavam da prerrogativa de gerir recursos financeiros transferidos mensalmente para atendimento à sua população própria e à referenciada. O problema reside no fato de que, se esses recursos não fossem utilizados, eram incorporados em definitivo ao teto financeiro desses municípios a despeito do seu desempenho no sentido de cumprir os pactos firmados.

O autor analisa que, no geral, constituem-se dois momentos que configuram diferentes níveis de compromisso dos agentes governamentais com o cumprimento dos pactos. No primeiro momento, quando os compromissos estão sendo firmados, os municípios de referência tentam maximizar suas responsabilidades regionais a fim de ampliar seu teto financeiro assistencial, captando maior volume de recursos sob a sua guarda direta. No segundo momento, quando os pactos estão sendo executados, ambos se colocariam em posições opostas quanto ao seu cumprimento, dados os efeitos distributivos evidentes.

Outrossim, o autor trata da influência dos fatores exógenos, que incidem sobre o processo de pactuação, destacando dois problemas que considera de maior relevância: as dificuldades enfrentadas pelos municípios de referência, habilitados em GPSM, para executar ou contratar prestadores privados, complementarmente, para realizarem o atendimento de média e alta complexidade, devido à defasagem dos valores monetários da tabela de procedimentos do SUS; as limitações do processo de regulação do acesso assistencial devido à fragilidade das informações. As dificuldades consistem na identificação da origem dos pacientes atendidos nos procedimentos de média e alta complexidade e no baixo controle sobre o cumprimento dos pactos. Além do que, nos termos propostos, as responsabilidades regulatórias ficaram concentradas nas mãos dos entes responsáveis pela execução dos pactos (MACHADO, 2009, p. 111-112).

Decerto, fatores contextuais de ordem econômica, política e sociais, externos e internos ao setor saúde, são determinantes na pactuação de responsabilidades e no cumprimento dos termos tratados entre agentes públicos. Merecem, portanto, estudos que possam contribuir de forma mais aprofundada para essa análise. No caso das redes de atenção em saúde, vale ressaltar que há uma dependência ainda mais estreita da cooperação entre os agentes públicos para assegurar a integralidade da assistência. Esse problema torna-se ainda mais relevante quando se considera que a maioria dos municípios brasileiros dispõe apenas de condições mínimas para ofertar assistência básica.

Em 2010 e 2011 dois novos aparatos institucionais propuseram fortalecer o processo de regionalização do SUS. Em 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde. O documento aborda os principais conceitos, fundamentos e atributos das redes de atenção à saúde e aprofunda o conhecimento acerca dos seus elementos constitutivos e as principais ferramentas de microgestão dos serviços (BRASIL, 2010b).

Em 2011, com a instituição do Decreto nº 7508/2011 e a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), foi proposta uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde. Propôs-se aprofundar as relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada (BRASIL, 2011e).

O COAP foi criado com a perspectiva de se constituir em um instrumento jurídico para organizar as regiões de saúde, estruturando redes de atenção à saúde, na medida em que estabelece diretrizes, metas, indicadores e prazos a serem cumpridos pelos entes federativos. Assim, no Decreto, define-se que o COAP tem como objetivo organizar e integrar as ações e

os serviços de saúde na Região para garantir a integralidade da assistência à saúde da população (BRASIL, 2011b).

Tais contratos devem se constituir de quatro partes contendo: medidas organizativas; executivas; onde são explicitadas as metas regionais e os indicadores; orçamentárias e financeiras; ações de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria. Dessa forma, o COAP fortalece o planejamento regional integrado enquanto instrumento básico para a organização das redes de atenção, que deve envolver todos os entes federativos responsáveis pela garantia da atenção integral a saúde. Os planos devem ser aprovados pelos conselhos de saúde nas suas respectivas instâncias, no quais devem constar os Mapas da Saúde, com informações sobre a capacidade instalada existente, pública e privada, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011e).

Os acordos firmados entre os entes federativos devem ser resultado das discussões e deliberações das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), em suas respectivas instâncias. Na medida em que propicia a assinatura de um contrato entre agentes públicos, o COAP confere poder jurídico às decisões dessas Comissões e propõe uma nova estratégia de governança na gestão de redes de atenção à saúde.

Para Luíz Odorico de Andrade, em entrevista concedida a Cátia Guimarães, o COAP é um avanço com relação às estratégias anteriores, à PPI, nos anos 1990, e ao Pacto de Gestão, de 2006. O autor analisa que, pela primeira vez, promoveu-se a responsabilização compartilhada entre gestores, que deve ser expressa nos Mapas da Saúde. Nas propostas anteriores, os municípios assumiam compromissos de forma individualizada (GUIMARÃES, 2013). Na mesma entrevista, concordando com a análise de Luíz Odorico, Luciana de Lima advoga que o COAP dá mais formalidade e concretude aos acordos intergovernamentais. Para ela, a PPI tinha uma maior expressão no que se refere à pactuação acerca dos recursos federais voltados para a média e alta complexidade. O Pacto de Gestão, por sua vez, não foi capaz de fortalecer a regionalização porque os municípios poderiam assumir metas isoladamente (GUIMARÃES, 2013).

Todavia a Luciana de Lima analisa que o COAP não propiciou uma mudança estruturante do modelo de financiamento. Não foi capaz de dar conta da organização das redes regionalizadas. Para ela, o Contrato não propõe alternativas para o caso daquelas regiões onde se tem uma carência da oferta de serviços ou necessidades de qualificação de recursos humanos. Considera que a simples assinatura do documento, sem financiamento novo, não garante a ampliação e qualificação dos serviços. Também concorda que, além do problema de insuficiência de recursos, outra dificuldade é o próprio modelo de financiamento do SUS. Os

mecanismos não romperam com a lógica que privilegia a relação do MS com os municípios, desconsiderando o papel dos estados nesse processo (GUIMARÃES, 2013).

Com o COAP, as transferências de recursos entre os entes federativos para custeio e investimentos devem ser baseadas nos Planos de Saúde, Programação Pactuada Integrada (PPI), Planos Regionais das Redes Prioritárias e incentivos financeiros das políticas nacionais e estaduais (BRASIL, 2011e). Todavia, conforme já definido no Pacto pela Saúde, as transferências intergovernamentais ocorrem, principalmente, por mecanismo fundo-a-fundo, pelos blocos de financiamento e, majoritariamente, transferidas do MS para os municípios. Não foram criados mecanismos efetivos de alocação de recursos para as regiões de saúde e as estratégias de acompanhamento do cumprimento dos pactos entre municípios continuam frágeis. Para Luciana de Lima, uma alternativa viável seria a criação de fundos regionais, com participação tripartite e com a presença do estado na regulação do processo. Ressalta, no entanto, que deveriam, necessariamente, reunir os recursos suficientes para financiar as ações de nível secundário e terciário que se articulam nesse ambiente regional (GUIMARÃES, 2013).

Outra questão é que, já com o Pacto de Gestão, houve avanço ao se desfragmentar um pouco a lógica do financiamento, instituindo os blocos de financiamento. Todavia, permanecem fragilidades para adequação dos montantes destinados por bloco com os objetivos e metas traçados nos planos de saúde. A Lei nº 141 de 13 de janeiro de 2012, o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e a Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 orientam que os orçamentos devem ser elaborados tomando como referência os planos de saúde em suas diferentes instâncias. Mas esses processos ocorrem, frequentemente, de forma desarticulada. Carecem de qualificação técnica dos profissionais e de uma cultura institucional favorável a uma melhor vinculação entre orçamentos e planos de saúde.

Os problemas do financiamento do SUS, porém, são de maior magnitude. Enquanto o modelo de financiamento não responde as necessidades de organização do sistema em redes regionais de saúde, o montante de recursos não dá conta da tão almejada universalidade e integralidade da atenção. A questão do subfinanciamento do SUS vem sendo largamente debatida em diversos estudos recentes (CARVALHO; MEDEIROS, 2013; MENDES, 2016; SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016; SOARES; RODRIGUES, 2014; VIANA; SILVA, 2011) e por entidades representantes dos gestores, a exemplo do CONASS E CONASEMS.

Para Carvalho e Medeiros (2013), é impossível discutir a questão da estruturação das redes de forma separada da questão do financiamento do SUS como um todo. Os autores defendem uma reavaliação do financiamento do ponto de vista legal, funcional e,

principalmente, de suficiência e eficiência. Em 2011, ano da normatização do COAP, o Brasil investiu 8,9% do PIB em ações e serviços de saúde. Todavia, apenas 4,07% desse montante referiam-se a gastos públicos, sendo 4,82% gastos privados (SOARES; RODRIGUES, 2014). A partir de dados da OMS, os números indicam que o Brasil apresenta um nível de gastos acima da média dos países de renda média-alta, que é de 6,4%. Mas também, coloca-se abaixo de países de renda alta (11,2%). Ademais, essa realidade é incompatível com os países desenvolvidos que têm sistemas universais, onde o patamar de recursos públicos é, em média, superior a 70% dos gastos.

Além de corroborar com a análise de que os recursos públicos para a saúde são insuficientes, Soares e Rodrigues (2014) acrescentam que, no Brasil, entre o período de 1980 a 2011, configurou-se um comportamento diametralmente oposto no financiamento da saúde. Em 1980, a União participava com 75% do financiamento da saúde. Em 2011, essa participação caiu para 45%. No mesmo período, os estados passaram de 17,8% para 26%. Os municípios de 7,2% para 29%. Para os autores, os dados evidenciam um desfinanciamento federal com sobrecarga principalmente dos municípios.

Ao analisar como se configura o federalismo fiscal no Brasil, Rezende (2006) esclarece que a União detém a maior capacidade de arrecadação própria (67,7%), seguida dos estados (26,7%) e dos municípios (5,5%). No entanto, analisa que, mesmo com uma concentração da capacidade de arrecadação no nível federal, há um certo nível de compensação que acaba trazendo algum benefício para os municípios. Explica que, após serem contabilizadas todas as transferências, a receita disponível para a União fica em torno de 57,0%, para os estados fica 25,8% e para os municípios fica 17,2%.

Mas, de modo geral, estudos específicos sobre o financiamento das ações e serviços de saúde e gestores do setor apontam para uma crescente sobrecarga dos municípios no financiamento e para a necessidade de ampliação dos recursos federais para o setor. Em entrevista sobre a questão da adesão dos secretários estaduais ao COAP, o então Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2015, Jurandi Frutuoso asseverou que o problema central da não adesão da maioria dos estados ao COAP se deve ao problema do subfinanciamento do SUS. Alega que é praticamente impossível se efetivar um contrato organizativo de ação pública de saúde com os recursos financeiros que se tem (FRUTUOSO, 2015). Somam-se ainda os problemas da insuficiência de recursos humanos com dificuldade de manutenção de serviços, sobretudo nos pequenos municípios, sobrecarregando, muitas vezes, os municípios de referência.

Em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União, em 2015, com o objetivo de avaliar aspectos de governança da pactuação intergovernamental no SUS, constatou-se que, em 2015, haviam sido formalizados contratos em apenas 24 regiões de saúde, em dois estados, Ceará e Mato Grosso do Sul. Esse número corresponde a menos de 6% das 438 regiões de saúde brasileiras. Dentre alguns obstáculos identificados no processo de adesão ao COAP, os auditores observaram que as normas que organizam o SUS não definem com precisão o papel de cada ente na execução de ações e serviços de saúde. Essa definição é pactuada nos colegiados intergestores. De acordo com a análise descrita no relatório, essa flexibilidade e indefinição de responsabilidades fragilizam a governança, na medida em que não propiciam segurança jurídica suficiente para identificar responsabilidades e sanções. Também apontam problemas referentes à omissão dos estados como apoiadores financeiros e uma imprecisão quanto ao apoio técnico e ao volume de recursos que cada ente deve aportar. Corroborando com ideias já apresentadas por outros autores, defendem que a situação é agravada pela insuficiência financeira dos municípios (BRASIL, 2015b).

Em 2011, além da estratégia de implantação do COAP, num fluxo contínuo de formulação e negociação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o MS propôs a implantação de 05 redes temáticas prioritárias (Rede Cegonha; de Atenção às Urgências e Emergências; de Atenção Psicossocial, de Cuidado à Pessoa com Deficiência; de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas). A criação de redes temáticas visou propiciar maior efetividade às ações de saúde voltadas aos grupos prioritários e às doenças mais prevalentes.

De acordo com Chueiri et al. (2014), rede temática não é sinônimo de rede de atenção à saúde (RAS). Elas se caracterizam pela organização da atenção destinada para subpopulações (gestantes, crianças, idosos) e/ou temas específicos (doenças crônicas, urgência/emergência, saúde mental). Portanto, não se destinam à assistência da população em geral, como as RAS. No entanto, ambas têm as mesmas diretrizes organizacionais, requisitos e elementos constitutivos. Corroborando com as ideias de Chueiri et al. (2014) acerca dos elementos que transversalizam as redes de atenção e as redes temáticas, João Baptista Risi Júnior afirma que ambas têm a região como base territorial e a atenção básica como o seu centro de comunicação e articulação central (RISI JÚNIOR, 2014). Para o autor, as RAS podem ser organizadas a partir de vários temas da atenção, constituindo-se em redes temáticas, com singularidades no seu modo de organizar o cuidado, nos diferentes patamares tecnológicos. Desse modo, podem induzir, ao longo do tempo, a expansão da sua lógica organizacional para

o conjunto integral da assistência. Esse formato organizativo pode ser chamado de redes temáticas ou linhas de cuidado temáticas.

Diante do apresentado, pode-se afirmar que houve avanços na organização das redes de atenção à saúde no Brasil, mas são claros os descompassos entre os processos normativos e os de estruturação efetiva, no âmbito do SUS. O MS, em 2011, elegeu 05 redes temáticas prioritárias, definindo componentes centrais e provisão de recursos financeiros. Mas há um longo caminho para percorrer. O cenário a ser enfrentado se caracteriza, de forma geral, por: intensa fragmentação de serviços; lacunas assistenciais com distintas magnitudes nas diversas regiões e estados brasileiros; financiamento público insuficiente; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e as mudanças no padrão epidemiológico e sanitário; não atendendo a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; precarização e carência de profissionais; frágil articulação entre a Vigilância e Promoção em Saúde nos serviços, especialmente na atenção primária em saúde.

Neste estudo, compreende-se que o enfrentamento aos problemas apresentados se depara com obstáculos que decorrem de um amplo conjunto de fatores de ordem econômica, política, social, dos interesses de grupos em disputa e das questões específicas da gestão do sistema e da capacidade técnico-operativa dos profissionais. Entende-se, portanto, que a modelagem e desenvolvimento das redes de atenção à saúde dependem das prioridades das agendas governamentais, das parcerias e ou disputas políticas, do modelo e capacidade de governança de redes.

No próximo tópico, trataremos dos fundamentos, atributos e elementos constitutivos das redes de atenção à saúde. O intuito é aprofundar o conhecimento sobre as bases técnicas e operacionais necessárias à organização e qualificação dos serviços, com racionalidade e resolutividade. A partir desses parâmetros gerais, será analisado o modelo operacional de implantação da Rede Cegonha, em âmbito municipal. A perspectiva analítica deste estudo, no entanto, vai além da compreensão do conteúdo da política, no qual se incluem as estratégias tecno-operacionais de implantação e os resultados alcançados. Buscaremos compreender os processos da política e a influência dos atores e do contexto que circunda o seu desenvolvimento.

3.2 Fundamentos das redes de atenção à saúde no SUS

A modelagem das redes de atenção à saúde pode se constituir de formas distintas de acordo com as especificidades de cada região e/ou locais em que são implantadas e com as prioridades previstas nas agendas públicas. Mas é recorrente em vários estudos sobre o tema, como Mendes (2007, 2008, 2011); Santos e Andrade (2011), a eleição de fundamentos, atributos e elementos constitutivos necessários à sua conformação. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, em consonância com a literatura específica, define os seguintes fundamentos das redes de atenção à saúde:

- a) A qualidade dos serviços - vincula-se ao alcance de determinados requisitos, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos aos usuários); efetividade (implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios aos usuários); cuidado com centralidade na pessoa (respeito aos valores e expectativas e desenvolvimento da pró-atividade dos usuários nos seus cuidados com a saúde); pontualidade (cuidado em tempo oportuno); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas) e equidade no cuidado à saúde;
- b) A economia de escala – ocorre quando há possibilidade de redução dos custos médios em longo prazo, à medida que aumenta o volume das atividades nos serviços de saúde. A partir dessa lógica é que se preconiza a concentração de alguns serviços (média e alta densidade tecnológica) em determinado local para racionalizar custos e otimizar resultados;
- c) A suficiência – refere-se à disponibilidade de ações e serviços em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população. Inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos;
- d) O acesso – refere-se à ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. A disponibilidade diz respeito à oferta da atenção necessária tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade. A comodidade está condicionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes, entre outros. A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários

quanto à localização dos serviços, ao tipo de atendimento prestado e aos profissionais responsáveis pelo atendimento;

- e) A disponibilidade de recursos – diz respeito à otimização dos recursos existentes. Nesse sentido, os recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados;
- f) A Integração vertical e horizontal – integração vertical: consiste na articulação de diversas unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar. Integração horizontal: consiste na articulação ou fusão de serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão dos serviços de saúde;
- g) Os processos de substituição – são definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis;
- h) A Região de Saúde ou Abrangência - refere-se à definição dos limites geográficos, população, e estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados numa região de saúde. Nesse processo são definidas as competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral que devem estar correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços;
- i) Níveis de Atenção – estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). Essa organização permite o uso racional dos recursos e orienta o foco gerencial dos entes de governança da RAS.

Todos esses elementos fundantes das redes de atenção à saúde são tratados nos objetivos, ações e metas da política Rede Cegonha, objeto desta pesquisa. Dois deles serão aqui debatidos de forma mais aprofundada para que se possa conhecer as percepções adotadas no conteúdo da política Rede Cegonha, trata-se da qualidade e do acesso aos serviços.

A qualidade vem sendo largamente debatida no campo da avaliação de serviços de saúde. Uma contribuição significativa e que se tornou referência no campo é a síntese

apresentada por Avedis Donabedian que analisa a qualidade a partir de três elementos constitutivos: a estrutura, o processo e os resultados.

Para Donabedian, a avaliação dos resultados deve considerar o que o autor denomina os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade ou justiça distributiva. Numa brevíssima menção aos conceitos tratados por Donabedian (1990), define-se eficácia como os resultados do atendimento obtido na melhor situação possível; efetividade, o resultado do cuidado obtido na situação real; eficiência, a capacidade de alcançar os melhores resultados com o menor custo possível; aceitabilidade, a conformidade com as preferências do paciente em relação à acessibilidade, a relação paciente - médico, as comodidades, os efeitos dos cuidados e os custos dos cuidados; legitimidade, a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade; otimização, o equilíbrio mais vantajoso entre custos e benefícios; equidade, a distribuição justa dos cuidados e de seus benefícios. Além disso, o autor considera que as relações interpessoais e a satisfação dos usuários são elementos cruciais para a qualidade.

Vaitsman e Andrade (2005) apontam duas outras características essenciais como requisitos de qualidade: a responsividade e a humanização do cuidado. De acordo com os autores, a responsividade diz respeito ao quanto as ações governamentais atendem às expectativas e demandas da população; a humanização do cuidado se vincula aos direitos humanos – expressos individual e socialmente – e referidos a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos.

Neste estudo, os elementos constitutivos apresentados por Donabedian (1990) – estrutura, processo, resultados – tem grande relevância. Quer-se compreender qual a real capacidade instalada e as necessidades de ampliação e estruturação dos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento; como e quais ações estão sendo desenvolvidas e quais os resultados alcançados. No que se refere aos requisitos da qualidade, a discussão acerca das relações interpessoais, da satisfação das usuárias e da humanização do cuidado são elementos cruciais para aprofundar a discussão sobre a autonomia, a privacidade e os direitos das mulheres no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva e, mais especificamente, na assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento.

Tais dimensões - o respeito aos direitos das pessoas e o acesso aos serviços de saúde - são problemas largamente debatidos no âmbito da assistência obstétrica. Uma contribuição significativa acerca desses problemas foi publicada no relatório final do projeto “Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS)”, elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz. De acordo com o PRO-

ADESS o respeito aos direitos das pessoas nos serviços de saúde depende das seguintes condições:

- a) Confidencialidade das informações: refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos referentes ao seu estado de saúde, exceto nos casos em que há necessidade de acesso às informações para benefício do indivíduo e mediante consentimento;
- b) Privacidade no atendimento: refere-se à condução do atendimento em condições que protejam a privacidade e não exponham a pessoa a situações constrangedoras;
- c) Direito à informação: refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu tratamento e ao acesso ao seu prontuário;
- d) Conforto: refere-se aos aspectos de infraestrutura do ambiente no qual o cuidado é provido;
- e) Autonomia: está direcionada para o respeito às decisões do indivíduo quanto a tratamentos alternativos, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental;
- f) Dignidade e cortesia: envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa, como sujeito, mais do que meramente como paciente;
- g) Respeito aos valores das pessoas: está direcionado para o cuidado em saúde provido de maneira que considere as necessidades físicas e emocionais de cada indivíduo, seus valores, julgamentos e decisões a respeito de sua própria condição de vida e saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003).

Todas essas questões vêm sendo largamente debatidas nos estudos referentes à humanização da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento. Exemplos dessas discussões podem ser vistos nas pesquisas de Andrade et al. (2016); Domingues et al. (2014); Nagahama e Santiago (2005) e serão pontos importantes para a análise dos resultados desta pesquisa.

Sobre o acesso aos serviços de saúde, Giovanella e Fleury (1996) apresentam 04 modelos teóricos: economicista, sanitarista-planificador, sanitarista-politicista e modelo das representações sociais. Numa tentativa de abreviar as considerações das autoras podemos dizer que tais modelos se apresentam nos seguintes termos:

- a) Modelo Economicista – compreende o acesso a partir do mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos indivíduos. Considera que a intervenção estatal é capaz de moldar a forma de organização da produção de assistência médica, bem como

conformar a demanda através da diferenciação dos distintos grupos populacionais, com diferentes níveis de acesso aos bens e serviços de saúde;

- b) Modelo Sanitarista-planificador – o acesso está atrelado à possibilidade de consumo, que deve ser garantido pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços. A organização dos serviços deve se dar de forma regionalizada, com as unidades distribuídas espacialmente, na proximidade do local de trabalho e moradia dos usuários. Deve ser hierarquizada, de acordo com os diferentes níveis de complexidade, com serviços equipados para garantir resolutividade e assegurar a agilidade nos processos administrativos. Dispondo ainda um sistema de referência e contrarreferência que viabilize o fluxo ágil dos usuários no interior dos distintos níveis do Sistema de Saúde;
- c) Modelo sanitaria-politicista – toma como conceito-chave a noção de consciência sanitária. É a partir da tomada de consciência sanitária que se compreende o acesso à saúde como um direito da pessoa e um interesse da comunidade. A consciência sanitária se dá pela ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo. Tem um componente cognitivo, através do qual a população compreende a organização social da prática médica.; outro político, a partir do qual compreende as articulações do acesso com as contradições centrais do processo de acumulação e com a luta de classes. Nesse sentido, o acesso resulta de um processo de construção resultante da participação cidadã na gestão e controle social;
- d) Modelo das representações sociais – parte da premissa que a realidade é uma constituição intersubjetiva e simbólica, não existindo, pois, fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são os seus artífices, suportes e mediadores para a sua transmissão. Propõe uma crítica à visão positivista da atenção à saúde, na medida em que não reconhece qualquer autonomia absoluta daquilo que é exterior ao registro simbólico.

Nesse sentido, Birman (1991, p. 17) interpreta que:

No campo da saúde coletiva a diversidade e a diferença, como exigências fundamentais para o reconhecimento das comunidades sociais e das individualidades, se impõem como condição de possibilidade para a leitura das concepções de saúde e de doença, de normal e de anormal, da vida e da morte. Por isso mesmo, no discurso contemporâneo da saúde coletiva o conceito de corpo simbólico se destaca como sendo fundamental e é irreduzível ao conceito de corpo biológico. Da mesma forma, o Estado não é a instância única e fundamental no agenciamento político das práticas sanitárias, já que estas se descentralizam na tessitura heterogênea do espaço social.

Para Giovanella e Fleury (1996) essa visão tem também embutida uma crítica ao modelo sanitarista politicista na medida em que propõe um deslocamento da problemática da saúde, que tinha como centro o Estado - na concepção da Saúde Pública - para um reconhecimento do poder instituinte da vida social nos seus vários planos e instituições.

Uma questão central se apresenta ao comparar os quatro modelos apresentados: os modelos têm concepções distintas quanto ao elemento chave a partir do qual o acesso à atenção à saúde pode se efetivar. O modelo economicista atrela o acesso aos diferentes padrões de consumo dos indivíduos. De acordo com a capacidade de consumo de bens e serviços, as pessoas poderão consumir serviços de saúde, sejam ofertados pelo Estado, ou pelo setor privado. Sobre essa mesma questão, Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que a capacidade financeira envolve, por exemplo, a elegibilidade dos indivíduos a benefícios de diversos tipos de financiamento de saúde. Nesse sentido, o acesso estaria vinculado à capacidade do usuário de comprar os serviços. Seria definido por fatores tais como: quantidade, temporalidade e frequência do salário de cada indivíduo em um dado domicílio; redução de gastos e a poupança, que podem gerar capacidade para arcar com pagamentos relacionados à saúde; número de bens que um indivíduo ou grupo de indivíduos possuem, entre outros.

O modelo Sanitarista-planificador demarca o papel do estado como planejador e provedor da assistência à saúde, assegurando os recursos necessários ao funcionamento adequado e estabelecendo critério que promovam a equidade na assistência. Todavia, ainda que reconheça a centralidade do estado na organização da oferta de serviços de saúde não demarca um posicionamento claro quanto ao dever do estado em garantir o acesso como direito do cidadão, de forma universal.

O modelo das representações sociais trata de um modo geral da concepção de saúde individual e coletiva e da determinação da doença de forma intrinsecamente vinculada ao modo como os indivíduos os representam e de como transmitem suas concepções historicamente. O modelo, de fato, não faz uma discussão clara sobre o modo como os indivíduos e a sociedade se organizam para ter acesso à assistência em saúde, tampouco discute o papel do estado na provisão dos serviços.

Por último, partimos da premissa que o Modelo sanitarista-politicista apresenta uma concepção de acesso à saúde mais condizente com a defesa da cidadania e da justiça social. O modelo compreende o acesso numa perspectiva mais política que operacional, vinculando-o ao direito à saúde e ao dever do estado em ofertá-lo. Confere centralidade as determinações sociais no processo saúde/enfermidade. Compreende as iniquidades no acesso aos serviços

de saúde como decorrentes das contradições do sistema de acumulação que por sua vez também determinam a organização social da prática médica. Essa é a perspectiva que norteia o debate travado neste estudo. O acesso à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, campo de análise da pesquisa, é visto como dever do estado e direito das mulheres. Partimos do pressuposto que o Estado provedor, formulador e implementador de políticas sociais é o elemento chave a partir do qual o acesso à atenção à saúde pode se efetivar. Por isso, a conquista do acesso é analisada a partir das forças sociais, dos grupos de interesses, que interferem nas políticas públicas de saúde e, por conseguinte, na organização do sistema de serviços e na universalização do acesso.

3.3 Atributos e elementos constitutivos das redes de atenção à saúde

Mendes (2008) apresenta um conjunto de atributos e elementos constitutivos das redes de atenção à saúde que foram adotados pela Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e são os seguintes:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
14. Gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010, p. 5).

Em publicações sobre o tema, Mendes (2007, 2008, 2011) agrupou os atributos das redes de atenção em três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Na discussão acerca de vários desses atributos acrescentou características que os tornariam capazes de propiciar eficiência, resolutividade e qualidade da assistência ofertada nos serviços de saúde.

Sobre a população, Mendes (2008) reforça que não basta conhecer a população total, é necessário segmentar, subdividir em subpopulações, estratificando-a por riscos em relação às condições de saúde. Esse processo deve ser estruturado em vários momentos: o processo de territorialização, o cadastramento das famílias; a vinculação às unidades básicas de saúde; a identificação das subpopulações por grau de risco.

Acerca da estrutura operacional das redes de atenção, o autor destaca que se constitui de seis elementos: o centro de comunicação, a atenção primária em saúde, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção.

Com relação à coordenação da atenção primária na rede de atenção, Mendes (2008, 2011) afirma que os sistemas com uma forte orientação pela atenção primária são mais efetivos. Esses sistemas adequam-se ao enfrentamento das condições crônicas. São mais eficientes porque apresentam custos mais baixos e mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres. Para isso, os serviços primários devem ser expandidos e estruturados de modo que possam ser resolutivos no enfrentamento aos problemas mais prevalentes. Devem ainda ser capaz de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos entre os componentes das redes.

Em referência aos pontos de atenção secundária e terciária, o autor chama a atenção para o fato que, por apresentarem maior densidade tecnológica, devem ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não deve existir entre eles principalidade e subordinação, já que todos têm a mesma importância nas redes de atenção.

Sobre o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, Mendes descreve uma estrutura mínima necessária composta por: serviços de diagnóstico por imagem, medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, endoscopias, hemodinâmica e patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia e parasitologia). Atenta para o fato de que a resolutividade do sistema de assistência farmacêutica está diretamente vinculada às intervenções logísticas relativas à seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, bem como à organização das ações assistenciais de farmácia clínica e a farmacovigilância.

Elenca os principais componentes do sistema logístico das redes de atenção: o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde. Destaca que, com esse apoio logístico, pode-se obter um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas. Propicia ainda maior disponibilidade e qualidade das informações produzidas, favorecendo as trocas eficientes entre os pontos da rede de atenção.

O quinto elemento da estrutura operacional das redes de atenção tratado por Mendes (2008, 2011) é o sistema de governança. O autor define governança das redes de atenção à saúde como o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção, por meio do alcance da cooperação entre os atores sociais envolvidos. Argumenta que o sistema de governança tem como objetivo definir metas de curto, médio e longo prazo e articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos. Além disso, visa desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações. Reafirma que a governança das redes de atenção deve ser feita por meio dos arranjos interfederativos previstos no SUS, as Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regionais.

Quanto ao terceiro elemento constitutivo debatido por Mendes, (2007, 2008, 2011), o modelo de atenção à saúde, vale destacar o conceito apresentado pelo autor que traz uma perspectiva de modelo associada à organização das redes de atenção à saúde. Mendes define modelo de atenção à saúde como um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde e articula as relações entre a população, as intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias. Destaca que os modelos são definidos em função da visão prevalente de saúde, do diagnóstico demográfico e epidemiológico, e dos determinantes sociais da saúde vigentes (MENDES, 2008).

Jairnilson Paim, no entanto, chama a atenção que a ideia de modelo de atenção não pode ser atrelada a algo único e exemplar. Considera que é uma representação da realidade de saúde que procura destacar as racionalidades que orientam as ações de saúde. É uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde e que definem um determinado modo de dispor os meios tecnocientíficos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde (PAIM, 2012).

Nesse sentido partimos do pressuposto de que a definição de um determinado modelo de atenção à saúde expressa as escolhas relativas às formas de acesso, ao modelo de gestão, a organização da oferta e da demanda, a organização dos meios e processos de trabalho e, sobretudo, a concepção do papel do estado na provisão das ações e dos serviços prestados.

Sem adentrar numa discussão acerca das concepções que norteiam os diferentes modelos de atenção à saúde, largamente debatidos em estudos sobre o tema, demarcamos que a ideia de modelo de atenção, tratada neste estudo, está atrelada ao sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde. Outrossim, consideramos que a concepção do modelo assistencial é o resultado do modelo de estado e que é fortemente determinado pelo grupos sociais em disputa, dentro e fora do aparato estatal.

Em linhas gerais, o debate travado sobre os requisitos e componentes das redes de atenção nos permite inferir que o aparato normativo do MS, desde a Lei 8080/90, fomenta diretrizes operacionais e políticas para estruturação das redes de atenção à saúde. No entanto, o desenvolvimento das redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS está longe de responder as necessidades de organização do Sistema. Há notórias dificuldades nos processos de integração vertical e horizontal dos serviços, no compartilhamento de responsabilidades entre os municípios, má distribuição dos recursos físicos e humanos e fragilidades nos processos regulatórios. O processo de regionalização do SUS não se efetiva, de forma concreta, por normas. É, maiormente, um processo político, que se trava em meio às convergências e disputas políticas locais, e em meio à diversidade de capacidade instalada dos serviços da rede SUS no território brasileiro. Não é uma construção simples e requer um trabalho em conjunto entre os diferentes entes federativos, aprimoramento de mecanismos de financiamento e das estratégias de governança das redes de atenção.

Toda a discussão sobre os requisitos e componentes das redes de atenção à saúde tem como intuito contribuir para aprofundar o conhecimento acerca do desenvolvimento da Rede Cegonha, objeto desse estudo. Considerando a complexidade do tema, a Rede Cegonha será analisada por meio do Método Abrangente de Análise de Políticas. Por isso, no próximo capítulo, faremos uma revisão sobre análise de políticas de saúde, com ênfase no modelo analítico proposto.

4 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS, MODELOS E PERSPECTIVAS

Uma boa análise de política colabora para a melhoria na adequação de recursos, definição de metas e ações estratégicas de uma política pública. Ademais, contribui com a análise da correlação entre as agendas governamentais e o enfrentamento dos problemas mais relevantes para a sociedade. Mas o que são políticas públicas? Como analisá-las? Antes de adentrar na discussão acerca da análise de políticas, é pertinente tratar das ideias sobre política e política pública.

4.1 Políticas públicas e políticas de saúde

O conceito de política pode ser resgatado desde as clássicas contribuições de Platão e Aristóteles, na Grécia antiga, passando pelas definições dos teóricos da Ciência Política, a partir do século XX, até as discussões mais atuais, atreladas as novas conformações do Estado, governos e formas de governança. Por necessidade de síntese, este estudo tratará da análise das políticas públicas de saúde, mas, para subsidiar essa discussão, apresentamos alguns conceitos de política e políticas públicas.

Dentre algumas acepções apresentadas no dicionário Houaiss e Villar (2001), destacam-se as que compreendem política como a arte ou ciência da organização, direção e administração de nações ou Estados; arte de guiar ou influenciar o modo de governo pela organização de um partido, pela influência da opinião pública, pela aliciação de eleitores. No Dicionário de Políticas Públicas, Bobbio; Matteucci e Pasquino (1998) definem política como o estudo das relações de regularidade e concordância que inspiram as lutas em torno do poder do Estado e entre os Estados. Pode ser ainda, a atitude de um governo em relação a certos assuntos e problemas de interesse público: política financeira, política educacional, política social.

Os conceitos de política apresentados retratam uma concepção atrelada aos instrumentos jurídicos e institucionais empregados na administração dos problemas da sociedade. Essa é uma concepção formal do conceito de política, no entanto, é preciso considerar também que política é poder de influenciar, de persuadir para se atingir resultados desejados. Rodrigues (2011) compreende política como o conjunto de procedimentos que expressam as relações de poder e que orienta a resolução de conflitos de uma forma pacífica. Baptista e Mattos (2011) consideram que política tem a ver com o exercício do poder e que as decisões são a expressão

de uma correlação de forças, com arranjos sociais que se impõem uns frente aos outros, dinamicamente. Advogam que, ainda que os governos desempenhem papel central na identificação dos problemas e definição de políticas prioritárias, é a partir da correlação de forças entre os mais distintos grupos de interesses, internos ou externos ao governo, que se definem quais as prioridades de cada governo, num constante debate social.

Enquanto a atividade política pode ser relacionada ao poder de influência de indivíduos e grupos de interesses internos e externos aos governos, a concepção de políticas públicas é vinculada às atividades governamentais.

Para Celina Souza, a área de políticas públicas contou com quatro grandes “pais fundadores”: Harold Dwight Laswell, Herbert Alexander Simon, Charles Edward Lindblom e David Easton. De acordo com a autora, em linhas gerais, Laswell introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política), ainda nos anos 30, conciliando conhecimento científico com a produção empírica dos governos. Favoreceu, assim, o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governos. Simon introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores políticos. A partir desse conceito, compreendeu que a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas de insuficiência de informação, indisponibilidade de tempo para tomada de decisão ou mesmo devido aos autointeresses dos decisores. Lindblom propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório. Nesse sentido, propôs incorporar à análise das políticas públicas o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesses. David Easton contribuiu com a ideia de política pública como um sistema no qual se inclui formulação, resultados e a interação com o ambiente (SOUZA, 2007).

Mesmo que o surgimento da Ciência Política remonte ao século XIX, foi a partir dos anos 1930, do séc XX, que o campo das políticas públicas despontou enquanto conhecimento científico/acadêmico. Naquele período, as contribuições teóricas de Lasswell, Simon, Lindblom e Easton, sobretudo entre os anos 30 e 50, foram demarcadoras desse advento. Mas antes de adentrar de forma mais aprofundada no debate sobre análise de políticas, vale resgatar alguns conceitos de política pública, tratados por estudiosos do assunto.

Uma das reflexões mais conhecidas sobre o tema é a de Laswell, que defende que decisões e análises sobre políticas públicas devem responder questões como: quem ganha o quê, por que e que diferença faz (*Politics: who gets what , when , how*) (LASWELL, 1958).

Theodore Lowi compreende-as enquanto regras formuladas por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento

individual ou coletivo, através do uso de sanções positivas e negativas (LOWI, 1964). Para Rodrigues (2011), as políticas públicas são resultantes do processo pelo qual os diversos grupos que compõem a sociedade – cujos interesses, valores e objetivos são divergentes – tomam decisões coletivas, que condicionam o conjunto dessa sociedade. Souza (2007) conceitua política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, se necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. Para Maria das Graças Rua o que distingue as Políticas públicas das demais políticas é que o seu caráter público é delimitado não pela dimensão dos grupos sociais beneficiados, mas pelo seu caráter "imperativo". Isso significa que uma das suas particularidades centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público (RUA, 1998).

Outra dimensão acerca das políticas públicas comumente tratadas na literatura específica é a tipologia. Theodore Lowi apresentou uma classificação largamente difundida no campo, que as distingue conforme o grau de conflito que apresentam na sociedade, gerando pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes.

Para Lowi (1972), a classificação das políticas públicas está ligada às funções do Estado, que as estruturam em quatro formatos: distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas. As políticas distributivas são dirigidas a determinados grupos sociais ou regiões, em detrimento de outras. Têm impactos mais restritos, sendo destinadas a grupos de interesses organizados, com recursos desagregados e previstos para prazos mais curtos. As políticas regulatórias são instrumentos do governo para controlar a sociedade e a conduta individual. Podem envolver decisões que regulamentam setores econômicos e de serviços. Apresentam um maior grau de coerção e envolvem a burocracia, políticos e grupos de interesse. Têm como base para a coalizão os interesses comuns e a multiplicidade de grupos organizados. As políticas redistributivas são destinadas a um maior número de pessoas e impõem perdas e ganhos para diferentes grupos sociais. As políticas sociais são um exemplo desse tipo de política. No longo prazo, a política social mostra-se redistributiva, já que a população paga mais do que recebe. São universais e, comumente, são as de mais difícil encaminhamento. Por último, as políticas constitutivas são as que lidam com procedimentos, isto é, são as normas sobre as quais devem ser formuladas e implementadas as demais políticas públicas.

Celina Souza apresenta uma distinção entre políticas públicas e políticas sociais. A autora registra que as primeiras pesquisas sobre políticas sociais centraram a discussão no Estado do bem-estar social, sobre sua origem e consequências. Portanto, tais políticas estariam mais vinculadas à academia europeia. De acordo com a autora, no caso brasileiro, na

atualidade, essas políticas se destinam principalmente ao estudo de políticas e gestão de serviços sociais, sobretudo os serviços de saúde e educação. Mas, gradativamente, vêm crescendo estudos na área de segurança pública e outros referentes aos problemas sociais de grupos minoritários, debatendo questões específicas sobre raça, gênero, pobreza, desigualdade social (SOUZA, 2007).

Não obstante, o termo políticas públicas tem sido utilizado de forma genérica para tratar das ações governamentais, o que inclui as políticas sociais. Nessa pesquisa, utiliza-se o termo política pública de forma genérica, na qual incluímos as políticas de saúde.

Muito da contribuição teórica sobre políticas públicas surge num contexto demarcado pela necessidade de alguns governos de reconstruírem as macropolíticas econômicas e sociais, especialmente a partir da segunda guerra mundial. Com o Estado de Bem-Estar Social, tentou-se reconstruir a economia ocidental sob novas bases de organização estatal. Propôs-se uma maior intervenção nas atividades econômicas, regulando-as, subsidiando-as, executando grandes investimentos e obras e redistribuindo rendimentos. Entre os anos 30 e 80, em vários países europeus, vão-se desenvolver políticas públicas, aumentando o orçamento dos Estados para as políticas de saúde, educação, alimentação. Nesse contexto, cresce a demanda por estudos no campo das políticas públicas que pudessem não apenas analisar as ações governamentais como contribuir na formulação e implementação dessas ações (DRAIBE, 2007; FARAH, 2011).

O desenvolvimento do campo de estudo das políticas públicas se depara também com a crise do consenso social-democrático sobre o papel beneficente do Estado de Bem Estar Social. De acordo com Giandomenico Majone, a defesa do Estado Keynesiano começou a desmoronar, mais precisamente a partir dos anos 1970. Naquele período, as despesas públicas passaram a ser vistas como parte do problema do desempenho econômico insatisfatório. A globalização e a integração econômica e monetária dentro da União Europeia promoveram a erosão da própria base do Estado positivo: seu poder de tributar (ou de tomar emprestado) e de gastar. Os Estados-membros foram conclamados a evitar déficits governamentais excessivos. Exigiu-se um maior monitoramento do desenvolvimento da situação orçamentária e do estoque da dívida governamental desses Estados (MAJONE, 1999).

No entanto, apenas a análise das variáveis monetárias não foi suficiente para estabelecer os critérios de convergência, já que as então novas medidas de austeridade não propiciaram uma verdadeira troca entre estabilidade de preços, de um lado, e crescimento e emprego, de outro. Mas é certo que o Estado positivo crescente foi limitado por uma variedade de fatores. As reações em matéria de políticas públicas àquelas limitações variaram muito de país para

país. Mas os governos europeus, a grosso modo, adotaram o mesmo modelo de governança, mesmo que as críticas ao Estado do Bem-Estar não fossem sempre justas ou empiricamente embasadas. Todavia, de fato, um número crescente de eleitores foi convencido e se dispôs a apoiar um novo modelo de governança, com ampliação da privatização de vários setores públicos, mais concorrência em toda a economia, maior ênfase na economia no lado da oferta e reformas de longo alcance no Estado do Bem-Estar (MAJONE, 1999).

Isto posto, ao tratar de políticas públicas, corroboramos com as ideias de alguns proeminentes estudiosos do tema e demarcamos três posicionamentos: o primeiro diz respeito ao reconhecimento da autoridade soberana do Estado na definição e condução dessas políticas, conforme pensa Rua (2013); o segundo é que as tão propagadas críticas ao Estado de Bem-Estar Social não apresentaram uma alternativa de modelo de Estado que propiciasse desenvolvimento econômico com justiça social; a terceira é que as pressões de grupos de interesses nas decisões governamentais impõem uma autonomia relativa do Estado na formulação e condução das políticas públicas, conforme defende Souza (2003).

Partimos ainda de uma concepção de que o Estado desempenha papel central na condução das políticas sociais e econômicas e, por conseguinte, na melhoria da condição de vida das pessoas. Diferentemente do mercado, tem o papel de implementar políticas distributivas e redistributivas. Em sua essência, é um aparato institucional e jurídico que se justifica pela capacidade de promover o interesse público, com justiça social. Essas concepções não negam ou desconhecem as fragilidades, insuficiências e falhas de governo, comumente tratadas na literatura. No entanto, partem do entendimento de que a promoção de desenvolvimento econômico com justiça social não pode prescindir da atuação efetiva do Estado.

De acordo com Draibe (2007), o Estado de Bem-Estar, em um bom número de estudos, foi postulado como uma instituição exclusiva dos países desenvolvidos, e circunscrito a alguns países da social democracia europeia. Entretanto, as pesquisas comparadas mencionam distintos estados de bem-estar em países e regiões que se modernizaram tardiamente. Todavia, no Brasil, o Estado de Bem-Estar Social nunca se estabeleceu de fato. Conforme analisa Piola (2013) as tentativas de implantação de novos direitos sociais com as proposições da reforma constitucional de 1988 coincidiram com um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas, no contexto econômico da década de 1990. Várias áreas buscaram aplicar os princípios constitucionais, mas sem garantir um aumento de recursos para essas políticas. Isso gerou uma forte disputa interna entre as áreas sociais, entre elas, as áreas de saúde e a previdência social.

No campo da saúde, no Brasil, com a Constituição de 1988, a implantação do Sistema Único de Saúde despontou como uma política pública universalista, comprometida com uma atenção integral e equitativa. A partir desses princípios, cresceram as demandas voltadas ao apoio técnico e científico para subsidiar os processos de decisão, de formulação, de implementação de políticas de saúde. Nessa perspectiva, os desafios impostos à gestão pública passariam pela necessidade de definir orçamentos e estratégias de ação eficientes e eficazes que pudessem ofertar uma atenção à saúde inclusiva e resolutiva. Após a constituição de 1988, a implementação de políticas públicas até então não garantidas no país lança a necessidade de investir nos estudos de análise de políticas, como área subsidiária as ações governamentais.

Todavia a implementação do SUS se deparou com a defesa e adoção de políticas restritivas a gastos que seriam implementadas não apenas no Brasil, mas em boa parte dos países em desenvolvimento, sob a lógica do ideário neoliberal. Naquele contexto, todo o arcabouço teórico e processo político advindos do movimento pela reforma sanitária passaram a concorrer com uma série de estudos e estratégias de gestão pública, que propunham políticas com caráter focalizador ao invés de universal. A crise do Estado de Bem-Estar Social no Brasil chegou muito antes de sua consolidação.

Para Machado, Baptista e Nogueira (2011) a implementação do SUS foi prejudicada pelo processo de reforma do Estado hegemônico naquela década, contrário à lógica de proteção social abrangente. Tal situação se configurou pelas restrições ao financiamento das políticas sociais, incluindo a saúde. O processo de descentralização do SUS foi iniciado em condições adversas, decorrentes de um ajuste fiscal que implicou em amplas restrições: dificuldades na contratação de pessoal e na formação de profissionais de saúde; deficiências na produção e distribuição nacional de insumos relevantes para a saúde (medicamentos, fármacos, vacinas e equipamentos), com agravamento da situação de dependência tecnológica; persistência da dependência do SUS aos prestadores privados.

Ainda que em meio a grandes divergências entre acadêmicos, políticos e outros setores da sociedade brasileira acerca do papel do Estado na formulação e implementação das Políticas públicas, é certo que uma série de mudanças na administração pública ocorreram no Brasil, fundamentadas nos pressupostos da reforma gerencial, iniciada em 1995.

É nesse contexto controverso de desenvolvimento do SUS que o campo de análise de políticas de saúde vem se desenvolvendo no Brasil. Nos últimos anos, percebe-se um maior interesse pela temática em vários artigos publicados (ALBUQUERQUE et al., 2016; GÖTTEMS, 2013; LYRA; ARAÚJO JÚNIOR, 2014; MACHADO; BAPTISTA;

NOGUEIRA, 2011; PAIM, et al., 2011; SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR.; 2006; VAITSMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013). Todavia consideramos que a produção brasileira no campo específico da análise de políticas de saúde ainda é bastante tímida quando comparamos, por exemplo, com a produção no campo da avaliação de ações e serviços, ou com estudos epidemiológicos.

Após esse breve percurso sobre as políticas públicas, vale então adentrar num debate teórico-conceitual sobre análise de políticas. No entanto, por necessidade de delimitação do estudo, não será possível tratar dos vários modelos teóricos de análise de Políticas presentes na literatura específica. Nos próximos tópicos, focaremos na discussão sobre o ciclo das políticas públicas e, especificamente, o Modelo Abrangente de Análise de Políticas, vertente teórica e analítica utilizada neste estudo.

4.2 A análise de políticas públicas

A análise de políticas públicas é comumente definida na literatura específica como área de conhecimento que se destina a compreender a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política (FREY, 2000). A área vem tendo maior visibilidade dentro e fora do âmbito acadêmico, tendo em vista que a reflexão sobre os processos decisórios e a implementação de políticas contribui para o equilíbrio entre a gestão dos orçamentos e a implementação de políticas que promovam desenvolvimento econômico com inclusão social.

A análise de políticas públicas se instituiu, nos anos 50, nos Estados Unidos, enquanto ciência aplicada destinada a orientar a ação governamental. Em seu formato inicial, os estudos de análise de políticas tinham vinculação com a área de administração pública, com foco na análise organizacional. Já na Europa, firmou-se, na década de 70, enquanto ciência destinada à análise das ações desenvolvidas pelo Estado na condução das políticas econômicas e sociais, num contexto de desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social (ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS, 2002).

Na literatura científica, identifica-se um arcabouço teórico consistente sobre análise de políticas públicas que a vincula à ideia de ciência aplicada destinada a subsidiar ações governamentais. Para Ham e Hill (1993), os estudos de análise de políticas se classificam em dois grandes grupos: os que têm como objetivo desenvolver conhecimentos sobre o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e avaliação), com caráter mais

descritivo e os que visam apoiar os fazedores de política, envolvendo-se diretamente na tomada de decisões, revelando assim um caráter mais prescritivo ou propositivo.

Howlett; Hamesh e Perl (2013) compreendem que o foco dos estudos contemporâneos de análise de políticas públicas não está na estrutura dos governos ou no comportamento dos atores políticos ou naquilo que os governos deveriam fazer, mas naquilo que os governos de fato fazem.

Não obstante, também se identificam outras interpretações que apontam questionamentos importantes sobre o papel da produção científica e acadêmica nesse campo. Conforme tratado por Mattos e Baptista (2011), quando as pessoas se referem à política, comumente a reduzem às ações promovidas pelas instituições de governo (poder executivo, legislativo ou judiciário), no âmbito de um determinado território. Todavia a autora considera que a concepção de política atrelada ao aparato político-governamental (aparelho estatal) e a seus representantes restringe a atuação política a um conjunto de instituições e grupos da sociedade (governantes e interessados). Para ela, essa restrição dificulta a explicitação da capilarização do ato de governar na vida de cada indivíduo. Nesse sentido, afirma que, para compreender as políticas de um Estado, não se deveria reduzir a análise ao que está visível, mas ao que se faz em nome do Estado e de sua suposta racionalidade, o como se faz e o porquê se faz.

Na concepção da autora, a análise de política deve também considerar os problemas que não são privilegiados no âmbito do governo, de modo a responder questões tais como: quem participa da definição dos problemas no âmbito dos governos? Os enunciados apresentados em torno de um problema são suficientes? Que problemas ficam de fora dos debates governamentais? Quem pesquisa os problemas que são reconhecidos como problemas de governo? Esse entendimento valoriza os processos e sujeitos envolvidos na construção da ação política governamental e não-governamental.

Para Howlett, Ramesh e Perl (2013) a análise de políticas se delinea a partir de duas principais correntes teóricas: a positivista e outra que se apresenta enquanto um contramovimento, denominada pospositivista. Ressaltam que as abordagens positivistas ou racionalistas, por referência a suas inclinações científicas, estão associadas à racionalidade científica, a busca pelo conhecimento objetivo. Daí a forte vinculação da análise de política prescritiva com os princípios da Ciência Econômica, em especial da Economia de bem-estar. Sendo assim, lembram a vinculação de vários analistas de políticas com estudos que tratam das falhas de mercado e de governo, questões largamente difundidas pela Economia.

Para os autores, no início da década de 1990, a partir da insatisfação com a orientação tecnocrática que a análise de política haveria tomado, surgem as abordagens pospositivistas. Esses analistas propuseram a afiliação a uma análise de política utilizável, com base na análise social e ênfase nos fatores sociopolíticos contextuais. Ainda que influenciados por filosofias e métodos sociais, os pospositivistas apostam em uma conjunção da reflexão subjetiva com a análise empírica (positivista). Consideram que esses são componentes inseparáveis na definição de um modelo mais adequado para compreensão das políticas públicas. Ademais, nessa proposta não há pretensão de uma suposta objetividade e neutralidade política, mas sim de uma análise que se desenvolva num claro arcabouço de valores que deverá promover equidade social e política (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Pois bem, o escopo da análise de políticas é amplo, contempla todas as questões até então mencionadas. Deve questionar o que os governos fazem, por que fazem, quais os resultados das ações governamentais para a sociedade e preocupar-se com o que os governos deixam de fazer. Deve propor melhorias nas políticas em curso e orientar novas políticas que possam dirimir problemas relevantes da sociedade. No entanto, uma questão central diz respeito à capacidade dos analistas de política para influenciar o curso da formulação e implementação das políticas públicas em prol dos interesses coletivos. A análise de uma política se justifica quando os conhecimentos técnico-científicos podem contribuir para definir ou redefinir conteúdos de políticas que possam impactar de forma positiva a vida social.

Nesse sentido, é necessária uma postura cética para valorizar e compreender as diferentes percepções advindas dos vários grupos em disputa; ética para se comprometer com o interesse público; criativa para propor melhores soluções; desbravadora para ter capacidade de inovação. Tais posturas são imprescindíveis em conjunturas em que o Estado se apresente enquanto espaço institucional fragilizado pela defesa de interesses político-partidários e ou por práticas clientelistas, corporativistas, patrimonialistas. Enquanto conhecimento acadêmico a análise de políticas públicas deve se pautar pela busca de informações fidedignas e oportunas. As reflexões oriundas desse tipo de estudo devem comprometer-se eticamente com decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público. Pressupondo-se que, ao poder público, cabe em essência dirimir iniquidades, incluindo interesses de grupos socialmente desfavorecidos.

4.2.1 O ciclo das políticas públicas

O desenvolvimento de uma política pública é um processo complexo, por isso, pode ser mais bem compreendido a partir do estudo de cada uma das fases que o compõe e que, na literatura específica, comumente se denomina ciclo da política pública. São várias as versões já desenvolvidas para explicar o ciclo das políticas públicas. Identificam-se trabalhos desenvolvidos, a partir da década de 1940, que propõem modelos explicativos sobre as fases em que se processam as políticas públicas e de como estas se compõem e inter-relacionam. A diversidade de modelos torna explícita a complexidade do tema.

Thomas R. Dye compila e debate vários modelos de análise de políticas públicas tratados no campo das ciências políticas: institucional, de processo, de grupo, de elite, racional, incremental, teoria dos jogos, opção pública, sistêmico. Dentre estes, Thomas Dye analisa que o modelo de processo é o que compreende o desenvolvimento da política através do agrupamento de várias atividades, chamadas de processos políticos-administrativos. Usualmente esses processos seguem o seguinte esquema geral: identificação de problemas, montagem da agenda, formulação de propostas, implementação da política, avaliação. Na literatura específica, esse conjunto de atividades tem sido apresentado como ciclo das políticas públicas (DYE, 2014).

Mattos e Baptista (2011), tratando dessa questão, apresentaram um compilado de alguns trabalhos acerca do ciclo das políticas públicas, publicados na literatura internacional. Sem a pretensão de adentrar numa discussão acerca de todos esses modelos, apresenta-se o quadro elaborado pelas autoras que sintetiza as ideias essenciais sobre as fases que constituem o ciclo das políticas públicas, para cada um desses pesquisadores:

Quadro 1 - Ciclo das políticas públicas: síntese dos principais modelos.

(Continua)

Estudos	Fases definidas
HA Simon – Administrative Behaviour, 1947	Inteligência, Desenho, Escolha.
HD Lasswell – The Policy Orientation, 1951	Informação, Promoção, Prescrição, Invocação, Aplicação, Término e Avaliação
R Mack – Planning and Uncertainty, 1971	Reconhecimento do problema, Formulação de alternativas, Decisão, Efetivação, Correção/Ajuste.
R Rose – Comparing public policy, 1973	Reconhecimento público das necessidades existentes, Como os temas são colocados na agenda, Como as demandas avançam, Como o governo se envolve no processo decisório, Recursos e constrangimentos, Decisões políticas, O que determina as escolhas de governo, A escolha no contexto, Implementação, Resultados, Avaliação da política e Feedback.

Quadro 1 - Ciclo das políticas públicas: síntese dos principais modelos.

(Conclusão)

Estudos	Fases definidas
G Brewer – The policy sciences emerge, 1974	Invenção, Estimativa, Seleção, Implementação, Avaliação e Término.
W Jenkins – Policy Analysis: a Political and organizational perspective, 1978	Iniciação, Informação, Consideração, Decisão, Implementação, Avaliação e Término.
BW Hogwood and LA Gunn – Policy analysis for the Real World, 1984	Definição de temas, Filtro de temas, Definição de temas, Prognóstico, Definição de objetivos e prioridades, Análise de opções, Implementação da política, monitoramento e controle, Avaliação e revisão, Manutenção da política, Sucessão e Término.
Howlett e Ramesh, Studying Public Policy, 1993	Montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação.

Fonte: Baptista e Resende (2011, p. 141).

Partiremos então para uma discussão acerca das etapas que compõem o ciclo da política pública. Tomamos como referência o modelo apresentado por Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Dye (2014), que sintetiza o ciclo das políticas a partir da montagem da agenda, formulação, tomada de decisão política, implementação e avaliação.

Todavia, esclarecemos que as delimitações dessas etapas não podem ser tomadas de forma rígida, considerando que podem se desenvolver por meio de distintas dinâmicas. Nesse sentido, corroboramos com a ideia de Rodrigues (2011) que compreende o ciclo das políticas como uma interpretação que serve muito mais como recurso de análise do que como referência a fatos reais.

4.2.1.1 A montagem da agenda pública

É a partir da definição da agenda pública que se estabelece como uma questão se torna importante e como passa a obter a atenção do governo. Há uma diversidade de modelos explicativos acerca do modo como os problemas e as soluções são identificados e priorizados e de como a dinâmica político-institucional e os atores internos e externos aos governos interferem na mudança das agendas. Howlett, Ramesh e Perl (2013) apresentam alguns desses modelos: o Funil de Causalidade desenvolvido por Anthony King, Richard Hofferbert e Richard Simeon; o Ciclo de Visibilidade dos Problemas elaborado por Anthony Downs; o modelo apresentado por Cobb, Ross e Ross; a proposta dos Múltiplos fluxos de Jonh Kingdon e as contribuições de Baumgartner e Jones, que reelaboraram o modelo de Kingdon. Apresentamos algumas ideias tratadas por Howlett, Ramesh e Perl (2013) sobre esses modelos enfatizando os dois últimos, pois consideramos que se destacam pela capacidade

explicativa e contribuem com uma visão mais apropriada acerca da formação da agenda pública.

Em linhas gerais, conforme interpretado por Howlett, Ramesh e Perl (2013), o modelo do Funil de Causalidade enuncia que a agenda governamental é moldada por um amplo conjunto de fatores. Tais fatores são influenciados pelos ambientes físico e socioeconômico, pela distribuição do poder na sociedade, ideias e ideologias dominantes, estruturas institucionais do governo e pelo modelo de tomada de decisão governamental. Os autores interpretam que a diversidade causal é, ao mesmo tempo, o ponto forte e fraco dessa proposta. Mesmo que permita que se explorem diferentes visões acerca dos fatores que definem as agendas públicas, o modelo é também muito inespecífico, não sendo capaz de explicar porque esses fatores influenciam as agendas de maneiras diferentes.

Já o modelo do Ciclo de Visibilidade dos Problemas parte da premissa de que a montagem da agenda segue um padrão semelhante ao ciclo das notícias de massa. Nesse modelo, compreende-se que um determinado problema não recebe a atenção da população de forma contínua, ainda que seja uma questão de importância crucial. Assim, um problema ganha notoriedade por um determinado período de tempo e em seguida desaparece, mesmo que ainda não tenha alcançado solução, para dar espaço a outras questões (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Ainda de acordo com Howlett, Ramesh e Perl (2013) o modelo apresentado por Cobb, Ross e Ross diferencia a agenda em sistêmica e institucional e identifica três diferentes modos de montagem da agenda, relacionados ao regime político vigente. Definem agenda sistêmica como o conjunto de questões merecedoras de atenção pública e agenda institucional como o grupo de questões que se transformaram em problemas prioritários para o governo. Quanto ao modo como se constituem as agendas, os autores distinguem o Modelo da Iniciação Externa como sendo característico de sociedades liberais. Nesse modelo, haveria influência de atores externos, isto é, grupos não governamentais que fazem lobby disputam ou se associam a outros grupos para incluir um assunto na agenda. O segundo, o modelo da Mobilização, seria típico dos regimes autoritários, nos quais as questões são definidas pelo governo sem a expansão ou densificação preliminar, ou seja, sem fundamentar-se numa pauta reconhecida e demandada publicamente; o terceiro, o modelo da Iniciação Interna, seria característico de regimes com burocracias fortes e até mesmo autoritárias. Reforça o peso da burocracia na definição de políticas e restringe as deliberações a grupos ou órgãos especializados.

Uma crítica contundente ao modelo de Cobb, Ross e Ross é o fato de que se identificam exemplos de cada um dos modelos de montagem de agendas públicas nos diferentes regimes

políticos, sobretudo se analisados em distintos setores político-administrativos (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Uma das mais conhecidas abordagens sobre a formação da agenda pública foi apresentada, em 1984, por John Kingdon que abordou as práticas de montagem das agendas públicas nos Estados Unidos. Kingdon desenvolveu o modelo de Múltiplos Fluxos para explicar como se constitui a agenda pública. Analisa que uma determinada questão passa a fazer parte da agenda governamental a partir da convergência de três fluxos decisórios (*streams*) que seguem seu curso de forma relativamente independente: problemas, soluções ou alternativas e política. Para o autor, as definições e mudanças na agenda governamental ocorrem em determinados momentos críticos, nos quais há uma convergência desses fluxos (KINGDON, 2011).

O fluxo dos problemas se define à medida que uma questão é convertida em um problema relevante e, para isso, depende da análise de indicadores, de eventos, crises e símbolos e feedback de ações governamentais. Os indicadores reúnem informações importantes que definem uma dada condição. São interpretações que demonstram a existência de uma questão, podendo ou não determinar um problema prioritário. Os problemas também podem ser incluídos na agenda a partir de determinados eventos de grande magnitude como crises, desastres ou questões que levem a população a concentrar a atenção num determinado assunto. Outra questão relevante é o feedback sobre os resultados e críticas aos programas em desenvolvimento apresentados administração pública (KINGDON, 2011).

O segundo fluxo definido por Kingdon se refere ao conjunto de alternativas e soluções disponíveis para resolução dos problemas. Tais soluções podem ser identificadas pelas comunidades geradoras de alternativas, que podem ser formadas por especialistas, funcionários públicos, assessores, grupos de interesses com poder de persuasão. Com a difusão, as ideias se espalham e ganham adeptos até ser estabelecido o consenso. Em momentos de convergência, são eleitos então problemas e soluções adotadas pelos governos (KINGDON, 2011).

O terceiro fluxo é o da dimensão da política. Kingdon analisa que o cenário político permite as coalizões que são construídas através de um processo de barganha e negociação. Nesse sentido, as decisões são influenciadas pelo humor nacional; pelas forças políticas organizadas, exercidas pelos grupos de pressão; mudanças dentro do governo; mudança de competência sobre uma determinada questão (KINGDON, 2011).

Para Kingdon, quando se estabelece um momento de convergência desses fluxos identifica-se uma janela de oportunidades (*policy windows*) com inclusão de um problema na

agenda governamental. Com essa linha de análise, Kingdon discorda da ideia defendida por Charles Lindblom de que as decisões governamentais decorrem de um processo incremental. Para Lindblom (1981), as mudanças políticas são, na maioria das circunstâncias, evolucionárias, em vez de revolucionárias e, portanto, tanto o processo político como o seu produto seriam caracterizados por continuidade e estabilidade.

Ainda que a proposta de Kingdon tenha tido grande repercussão e se tornado uma importante referência entre pesquisadores, várias críticas foram apresentadas ao modelo. Destaca-se a linha de análise apresentada por Baumgarten e Jones, denominada Modelo de Equilíbrio Pontuado (*Punctuated Equilibrium*). Nessa proposta, os autores defendem que a formação da agenda pública decorre tanto de períodos de estabilidade, por meio de decisões incrementais, como por mudanças rápidas, em grande escala. O modelo não desconhece a dinâmica defendida por Kingdon, que rompe com interpretações nas quais as políticas se desenvolveriam mediante estágios sequenciais e ordenados. Admite, no entanto, que as mudanças ocorrem pela associação de medidas incrementais, que acontecem após longos períodos de estabilidade, com momento de mudanças mais rápidas e em maior escala, as quais ocorrem em momentos críticos, nos quais o equilíbrio pode ser rompido para dar lugar a mudanças mais rápidas (BAUMGARTNER; JONES, 1993).

Baumgartner e Jones analisam ainda que a formação da agenda decorre da criação dos monopólios da política. Esses monopólios seriam compostos por alguns subsistemas ou grupos de interesses que obtêm a habilidade de controlar a inter-relação entre o problema e a maneira como ele está sendo concebido e debatido. Os autores identificaram dois tipos de estratégias que designaram de Estratégia Downsiana e Mobilização de Schattschneider. Na primeira, os grupos envolvidos nos subsistemas para persuadir a opinião pública, moldando a opinião sobre determinado problema de forma a encorajar a população a demandar do governo a sua solução. Na segunda, tais grupos, quando não satisfeitos com a solução dada pelo governo, alteraram a forma como os subsistemas operam, expandindo ou reduzindo os seus membros e sua influência sobre os rumos das políticas (BAUMGARTNER; JONES, 1993).

A partir dessa premissa, os autores criaram o conceito de *policy image*, que é a forma como uma política é compreendida e discutida. Para eles, o desenvolvimento de uma política está intrinsecamente vinculado à manutenção de uma imagem de apoio. A partir dessa análise, Baumgartner e Jones também ressaltam a influência dos grupos de interesses na construção dessa imagem, nos termos do debate e na definição de questões prioritárias. Nessa perspectiva analítica, destacam o papel da mídia enquanto ator que direciona ou desvia a atenção da

população sobre determinadas questões. Ressaltam o poder da mídia enquanto meio de comunicação privilegiado, capaz de construir coalizações e, por isso, sempre acionado por empreendedores de políticas (BAUMGARTNER; JONES, 1993).

Capella (2007), comparando os modelos de Kingdon e de Baumgartner; Jones, analisa que o Modelo dos Múltiplos fluxos e o Modelo de Equilíbrio Pontuado são propostas sofisticadas para compreender o processo de formulação das políticas públicas. Para a autora, há convergências no que se refere ao modo como os problemas e as soluções são priorizados, já que os dois modelos consideram que as questões não se transformam em problemas apenas devido a análises técnicas. São, de fato, resultado de construções que dependem de determinadas dinâmicas sociais e políticas.

Compreendemos que as duas abordagens avançam com relação a várias outras correntes no que se refere à importância dada aos fatores externos às instituições e suas influências nos rumos das políticas públicas. Enfatizam os componentes políticos e o papel dos grupos de interesses na formação da agenda pública fugindo de explicações pouco específicas. Baumgartner; Jones, ao analisar o papel privilegiado de determinados grupos de interesses e da mídia na determinação de prioridades no âmbito dos governos possibilitam uma compreensão astuciosa acerca das possíveis formas de aparelhamento do Estado. Essa perspectiva não trata de uma simples correlação na qual um determinado grupo de interesse interfere nos rumos da política pública. Permite adentrar na compreensão da complexa interação entre os vários grupos de interesses, organizados principalmente em torno de interesses econômicos e suas correlações com as sofisticadas formas de persuasão, construção de consensos e interferências nos rumos das políticas públicas.

4.2.1.2 A formulação da política

A fase de formulação da política envolve a identificação das possíveis soluções para os problemas públicos. Nessa etapa, define-se um curso de ação da política (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; LINDBLOM, 1981). Para Kingdon (2011), as proposições podem surgir ainda no momento de montagem da agenda, nos casos em que problemas e soluções são apresentados juntamente aos governos. Há, portanto, uma tênue delimitação entre essas fases que reafirma a ideia de que tal delimitação se trata de interpretação que serve muito mais como recurso analítico.

Outrossim, para favorecer a compreensão, a fase de formulação também é comumente analisada a partir de etapas, ainda que tal divisão seja muito mais para facilitar a análise.

Howlett, Ramesh e Perl (2013) apresentam uma divisão que compreende a apreciação, o diálogo, a formulação e a consolidação. Na apreciação, analisam-se os dados e as evidências disponíveis; o diálogo é o momento de criar estratégias de comunicação sobre os problemas e soluções, entre grupos com perspectivas distintas; a formulação é a etapa em que os técnicos avaliam e comparam proposições e evidências e escolhem qual delas será adotada; a consolidação ocorre quando se formaliza a opção ou opções recomendadas.

Ainda que apresentem tal dinâmica Howlett, Ramesh e Perl (2013) atentam para o fato de que a formulação de políticas concretamente se desenvolve em meio a limitações técnicas e políticas e restrições decorrentes da incapacidade administrativa e financeira do Estado. Advertem também que não é possível que os governos simplesmente implementem ações com apelo eleitoral, por exemplo. Muitas vezes, são selecionadas as soluções possíveis e não as melhores alternativas para resolver os problemas. Ainda que a formação da agenda governamental possa se dar em momentos propícios a grandes mudanças, as soluções propostas só serão implementadas se as condições infraestruturais e institucionais necessárias forem edificadas.

Não é demais destacar que todo o processo da política é permeado por disputas, que se devem aos distintos interesses e percepções dos grupos que interferem nas decisões governamentais. Dependendo das características de cada governo e do tipo de política, conforme o grau de conflito que apresentam na sociedade, as fases de apreciação e diálogo geram pontos de vetos e de apoios diferentes.

Na formulação também são avaliados os instrumentos que serão utilizados para favorecer a implantação da política. Howlett, Ramesh e Perl (2013) tratam de variadas formas de incentivos governamentais. Dentre as várias possibilidades apresentadas pelos autores, destacam-se as campanhas públicas de informação que visam esclarecer a população acerca de determinadas medidas ou mudar o comportamento de empresas e indivíduos. Além disso, podem ser utilizados indicadores de desempenho que favorecem a coordenação da política. Outra estratégia é a implantação de comissões de inquérito e comitês consultivos para melhorar as informações e subsidiar a tomada de decisão. Os autores relembram ainda que os incentivos podem se efetivar por meio do exercício da autoridade governamental, a exemplo das atividades de regulação. As ações regulatórias, por sua vez, podem se constituir de regras, padrões, licenças, proibições, leis e ordens executivas que tornam determinadas ações obrigatórias. Outras formas são os instrumentos baseados no tesouro, como, por exemplo, as transferências financeiras a indivíduos, empresas ou outras organizações. Essas medidas

visam incentivar (verbas, incentivos fiscais e empréstimos) ou desestimular (impostos e taxas de uso) determinadas atividades para atender aos propósitos de uma determinada política.

Todavia, a definição quanto às medidas a serem efetivamente implantadas depende da decisão de determinados atores. Trataremos, então, dos possíveis modelos decisórios.

4.2.1.3 A tomada de decisão política

Na fase de tomada de decisão define-se o curso da política. Esse é o momento de escolher as ações que serão realizadas a partir das propostas anteriormente debatidas. É, portanto, um momento essencialmente político. De forma concreta, na maioria das circunstâncias, nessa etapa, o grupo de atores envolvidos é bastante reduzido (CAPELLA, 2007; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Os estudos no campo da análise de políticas apresentam vários modelos decisórios. No entanto, destacamos duas correntes analíticas amplamente discutidas entre os especialistas, o modelo racional e o incremental.

Na perspectiva racionalista, compreende-se que a tomada de decisão pública ocorre a partir da utilização das informações e dos meios mais eficientes possíveis para atingir os objetivos de uma política pública. Em linhas gerais, no modelo racional, a tomada de decisão se daria mediante o cumprimento de algumas etapas sequenciais: estabelecimento dos objetivos; listagem de todas as estratégias possíveis para atingir os objetivos; previsão das consequências importantes de cada estratégia; seleção da estratégia capaz de resolver o problema com o menor custo e melhor resultado (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

O racionalismo pressupõe que o processo decisório é eminentemente técnico. Assim, os tomadores de decisão se orientariam por conhecimentos e informações disponíveis para examinar custos, benefícios e impactos de cada uma das alternativas apresentadas. Escolheriam as alternativas que maximizem os resultados e que respondam aos valores e objetivos da política, comprometendo-se com decisões de impacto e de amplo escopo (RUA, 2013; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Todavia, ainda na década de 1950, Herbert A. Simon reconheceu que vários obstáculos impedem que os tomadores de decisão atinjam a racionalidade pura. Simon defendeu o que denominou o modelo da “racionalidade limitada”. A partir desse ideário, o autor reconheceu as limitações quanto à oferta de soluções promissoras ou praticáveis, a impossibilidade de prever todas as consequências de cada uma das possíveis estratégias e a dificuldade de

mensurar a eficiência e eficácia das estratégias em diferentes circunstâncias (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

As críticas ao modelo racionalista foram contundentes. A mais conhecida alternativa ao modelo racionalista foi a proposta do incrementalismo. Charles Edward Lindblom é um dos primeiros defensores da teoria do incrementalismo na política e na tomada de decisões. A partir dos trabalhos desenvolvidos por Lindblom, na década de 70, a teoria incrementalista desponta como uma das importantes correntes teóricas para analisar os processos de formulação de políticas públicas.

Na perspectiva incrementalista a mudança política é, na maioria das circunstâncias, evolucionária, em vez de revolucionária. Portanto, tanto o processo político como o seu produto são caracterizados por continuidade e estabilidade. Para Charles Lindblom, na formulação das políticas públicas, as decisões devem ser construídas continuamente, de modo que as decisões futuras são construídas a partir da situação presente e constringidas e limitadas pelas decisões passadas (LINDBLUM, 2014.).

Em seus estudos Lindblom comparou dois modelos de decisão política: o Método Racional-Compreensivo (Raiz), formalizado por H. Simon, e o modelo que denominou de Método das Sucessivas Comparações (Remanescência). Lindblom demarcou o que seriam as principais distinções dos dois métodos. Em linhas gerais, analisou que o Método Racional-Compreensivo pressupõe que a decisão deve ser iniciada a partir dos fundamentos, edificando-se sobre o passado apenas à medida que necessite incorporar as experiências às teorias. Propõe que a definição dos valores e objetivos da política sejam um pré-requisito para a análise empírica das propostas. Nesse sentido, pontua que a formulação de políticas ocorre isolando-se os fins e depois preocupando-se com os meios mais apropriados para atingir os fins. Nesse método, deve-se realizar uma análise compreensiva, abrangente, na qual todo fator de relevância maior deve ser levado em conta.

Por outro lado, no modelo por ele formalizado, o Método das Sucessivas Comparações Limitadas destaca que as decisões políticas devem ser construídas de forma incremental a partir da situação presente, passo a passo, em pequenas etapas. Defende que a seleção dos valores e objetivos da política deva ocorrer de forma conjunta com a análise empírica das propostas. Nesse sentido, considera que a análise dos meios e dos fins não são dissociáveis. A preocupação de base nesse método é adotar decisões viáveis e consensuadas, isto é, que vários analistas e decisores concordem. Há um compromisso com a agilidade do processo decisório, de modo que a análise é mais reduzida e, por isso, importantes valores, propostas e resultados podem ser deixados de fora (LINDBLUM, 2014).

Lindblom analisa que, na prática, o Método Racional-Compreensivo não funciona para solucionar questões complexas. Desse modo, os decisores são comumente compelidos a utilizar o Método das Sucessivas Comparações Limitadas, com maior potencial para solução de problemas mais imediatos e prementes. Para Lindblom, esse conjunto de características é responsável, então, por evitar erros sérios na formulação e implementação das políticas públicas que poderiam levar a consequências duradouras.

O contraponto entre as ideias racionalistas e incrementalistas também foi criticado. Amitai Etzioni desenvolveu o modelo do “*Mixed Scanning*”, que propunha um meio termo entre a visão racionalista e a incrementalista. Etzioni alega que o processo de decisão política ocorre em dois estágios: um pré-decisional, seguido de um processo analítico, no qual uma solução é escolhida. O primeiro momento identifica-se com o modelo incremental, e o segundo segue um modelo mais racional. O modelo proposto por Etzione preconiza o que o autor denomina de ‘*scan*’, ou varredura de alternativas, seguida de uma análise mais cuidadosa daquelas medidas consideradas mais promissoras (ETZIONI, 2014).

Várias críticas à adoção ao modelo racional ou incremental, na tomada de decisão, pautam-se na impossibilidade de definir um método que se ajuste aos diferentes tipos de políticas públicas e contextos. Ruz (1998) faz uma crítica aos argumentos de Lindblom. Para ela, o incrementalismo deve ser adotado apenas para as políticas com alto potencial de conflito, ou políticas com importante limitação de recursos ou de conhecimentos. Analisa que o Método Racional-Compreensivo propicia um conhecimento mais aprofundado dos problemas, de tal forma que subsidia a tomada de decisões de grande impacto e identifica quais as melhores alternativas para maximização dos resultados. Reconhece, no entanto, que os dois modelos analisados por Lindblom apresentam problemas: o modelo incremental seria pouco compatível com as necessidades de mudanças impostas pela sociedade e pode apresentar um viés conservador. Já o modelo racional-compreensivo parte de um pressuposto ingênuo de que a informação é perfeita. Não considera adequadamente o peso das relações de poder na tomada de decisões.

Howlett, Ramesh e Perl (2013) consideram que, comumente, no momento da tomada de decisão, um grupo restrito de atores escolhe as soluções para os problemas públicos. Há uma tendência em adotar decisões viáveis, nas quais se analisam custos e benefícios. O momento da tomada de decisão é um processo eminentemente político.

Na nossa concepção, o processo decisório, na maioria das vezes, é influenciado por grupos de interesses, com distintos poderes e capacidades de intervenção. Consideramos ainda que as decisões por soluções de grande impacto tornam-se viáveis apenas em contextos

políticos e econômicos ameaçadores à permanência dos governantes ou ao modelo de governança pública vigente.

4.2.1.4 A implementação de políticas públicas

Após a decisão acerca do curso da política pública, inicia-se o processo de implementação, no qual ocorre a execução das soluções previamente adotadas. Efetiva-se, então, a participação dos subsistemas políticos que poderão viabilizar a concretização das propostas. No caso das instituições públicas, a maior parte das atividades é legitimada por leis e normas e desenvolvida por funcionários públicos. O quadro de atores envolvidos é ampliado e em alguma medida o desenvolvimento da política sofre influência de interesses, ambições e tradições particulares desses atores (D'ASCENZI; LIMA, 2013; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A implementação de políticas públicas se constitui num vasto campo de pesquisa com destacada produção na área da administração pública. As discussões correntes giram em torno da estrutura administrativo-organizacional, da maneira como as medidas são implantadas no âmbito das instituições e de como são favorecidas ou negligenciadas pelos agentes públicos responsáveis pelo seu desenvolvimento.

As diferenças de concepção acerca do processo de implementação das políticas públicas se apresentam de forma bem delimitadas na clássica definição dos modelos *top-down* e *botton-up*. Tais modelos vêm sendo analisados por diversos especialistas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; RUA; ROMANINI, 2013; WALT, 1994). De forma geral, o modelo de implementação *top-down* coaduna-se com as ideias racionalistas na medida em que concebe que a implementação das ações de uma política ocorre em uma sequência ordenada entre as etapas de formulação e implementação. Rua e Romanini (2013) compilam um conjunto de características atribuídas ao modelo. Demarcam que ele desenvolve-se tomando como referência uma teoria adequada sobre a relação clara e direta entre a causa de um problema e o efeito da solução adotada com completa compreensão e consenso quanto aos objetivos a serem atingidos; e esta condição deve permanecer durante todo o processo de implementação; com claro direcionamento quanto aos objetivos acordado e possibilidade de especificar, com detalhes e em sequência perfeita, as tarefas a serem realizadas por cada participante; com disposição de tempo e recursos suficientes; com perfeita comunicação e coordenação entre os vários elementos envolvidos no programa.

Por outro lado, para caracterizar o modelo *bottom up*, Rua e Romanini (2013) destacaram várias ideias. De acordo com os autores, o modelo se estrutura por uma contínua interação entre política/ação, na qual se estabelecem negociações entre os que buscam colocar a política em prática e aqueles cujos interesses serão afetados pela mudança provocada pela política. Os burocratas locais, diferentemente dos tomadores de decisão que estão no topo do Sistema, estão muito mais próximos dos problemas reais dos cidadãos e, por isso, são vistos como atores de grande relevância no sucesso da política pública. O foco do modelo não estaria em um maior controle dos profissionais, mas no reconhecimento de que esses atores fazem suas escolhas políticas em vez de simplesmente aplicar as decisões das autoridades eleitas. O valores ou coalizões dos diversos atores influenciam na implementação da política, por isso a promoção de estratégias de cooperação passa a ser um requisito para o sucesso da política (RUA; ROMANINI, 2013).

Reforçando a distinção entre os modelos, Dagnino (2002) alega que o enfoque de tipo *top down* possui uma aparência mais “organizada”, planejada, racional, com uma nítida separação entre a implementação e a formulação. Nessa proposta, opera-se com hierarquias, cadeias de comando, atribuições bem definidas, sem superposições. Apesar das características que lhes são atribuídas, para Dagnino, havendo ou não racionalidade no processo, no modelo, existem mecanismos de manipulação de interesses associados à “terceira face do poder” para garantir a implementação de processos. Por oposição, os processos de tipo *bottom up* teriam uma aparência e lógica de funcionamento mais frouxa, aparentemente desorganizada, com frequentes conflitos encobertos ou latentes. Mas a força do modelo está no fato de que são os profissionais, e não burocratas tomadores de decisão, os atores centrais na implementação da política.

Corroborando com a ideia de que pelo menos duas correntes analíticas são predominantes na análise da implementação de políticas públicas, Cline (2000) apresenta dois modelos – *Communications Model of Intergovernmental Policy Implementation* (CM) e *Implementation Regime Framework* (IRF) – que se articulam com os pressupostos apresentados nos modelos *top down e botton-up*. No CM, os problemas na implementação de políticas são vistos como de ordem administrativo-organizacional e, por isso, para alcançar os objetivos previamente definidos é necessário ampliar o controle sobre os subordinados. Na segunda proposta, IRF, o conflito de interesses é colocado enquanto cerne da questão. Nesse sentido, presume-se que o alcance de objetivos se dá por meio da construção de instituições ou mecanismos que criem um contexto de cooperação para os participantes.

Ainda de acordo com Cline (2000), no CM elegem-se alguns fatores como potenciais obstáculos ao processo de implementação, tais como: incompetência técnica de agentes burocráticos, preferências políticas ilegítimas por parte dos agentes, características estruturais das instituições executoras, falhas de comunicação entre decisores políticos e subordinados. Por isso, preconiza que os gestores devam priorizar formas mais eficazes de gerenciar comunicações, recursos e estruturas burocráticas. Por outro lado, no IRF, compreende-se que o poder é compartilhado e, nesse sentido, o conflito de interesses não é considerado ilegítimo e nem um fator de impedimento do desenvolvimento da política. A solução oferecida passa ser a construção de instituições que aprimorem mecanismos para gerenciamento de conflitos (CLINE, 2000).

Uma contribuição importante foi apresentada por Sabatier (1996) que reconheceu o caráter político do processo de implementação. Por isso, o autor considerou valioso identificar as variáveis que podem afetar o alcance dos objetivos traçados no curso do processo. Define-as a partir de três categorias: a tratabilidade do problema a ser solucionado; a disponibilidade de dispositivos legais capazes de estruturar o processo de implementação; os efeitos do contexto sobre o apoio aos objetivos da política.

Consideramos que uma implementação exitosa está intrinsecamente atrelada ao tipo da política. Depende do grau de conflito existente na implementação e do poder angariado pelos grupos envolvidos no seu desenvolvimento. O contexto que a circunda propiciará ou não condições para o seu desenvolvimento. Desconhecer o caráter político, a disputa de interesses e a importância da adesão dos profissionais que, mesmo não compondo o núcleo decisor, são responsáveis por operacionalizar as ações da política, seria apostar numa racionalidade pura, inabalável. Ademais, a depender da variação de tempo necessário para implantação das ações de uma política e do alcance dos resultados para cada uma das soluções implantadas, poderão redefinir rumos e demandam o envolvimento de grupos com inserção e interesses distintos. Essas redefinições podem ser resultantes dos momentos de avaliação. No próximo tópico, discutiremos a avaliação das políticas públicas, sem perder de vista a sua articulação com todo o processo analítico.

4.2.1.5 A avaliação de políticas públicas

A avaliação é a fase de monitoramento dos resultados de uma política pública. Embora seja considerada a última fase do ciclo da política, pode ser utilizada como instrumento

voltado para a tomada de decisão nos diversos momentos de desenvolvimento de uma política pública, dependendo da concepção ou tipo de avaliação adotada (BAPTISTA, 2011).

Ander-Egg e Aguilar (1994) definem avaliação na perspectiva da pesquisa social aplicada, que a concebe como atividade sistemática, destinada à organização de informações suficientes e confiáveis para subsidiar um julgamento sobre o mérito de um programa. Deve ser utilizada, portanto, em suas várias fases, isto é, diagnóstico, programação e execução.

Hartz e Silva (2005) identificam a necessidade de definição de um modelo teórico norteador do processo de avaliação; pressupõem uma pluralidade metodológica orientada de acordo com os diferentes contextos e complexidade das medidas adotadas e resultados e a necessidade de institucionalizar e regulamentar os estudos de avaliação, garantindo a qualidade e a utilidade do produto final. Segundo a autora, os modelos de avaliação podem ser classificados em dois tipos: pesquisa avaliativa e avaliação propriamente dita. A pesquisa avaliativa tem um foco mais acadêmico, corresponde a um julgamento feito sobre práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta condutora especializada acerca dessas práticas desenvolvidas num contexto geral ou particular e que utilizam metodologias científicas. A segunda proposta tem caráter mais prático. Subsidiar as análises do ciclo das políticas públicas em situações que exigem mais agilidade na intervenção.

Na perspectiva do ciclo das políticas públicas, as avaliações podem ser classificadas em função do momento em que ocorrem, que pode ser antes, durante ou depois da implementação; da posição do avaliador em relação ao objeto avaliado e dos componentes da política a serem avaliados (recursos, processos, resultados, contexto, etc.).

A avaliação antes da implementação da política é comumente utilizada em análises de custo-benefício, de custo-efetividade, do retorno econômico dos investimentos previstos. A avaliação intermediária ocorre durante a implementação de um programa e tem como intuito dar suporte para melhorar a gestão e o desenvolvimento do programa. A ênfase é dada à aplicabilidade dos resultados. As avaliações posteriores à implementação do programa averiguam os impactos e processos, portanto, estudam a eficácia e fazem um julgamento do valor geral do programa (HARTZ; SILVA, 2005; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

No que diz respeito à posição do avaliador ante o objeto avaliado, é sabido que as avaliações externas são valiosas por favorecerem a imparcialidade dos avaliadores. Nesses casos há uma imposição ética dos gestores de políticas e programas de atuar com responsabilidade e proceder com imparcialidade para ampliar o conhecimento acerca da adequação e suficiência das ações. É preciso que essa condição seja considerada, mesmo diante da dificuldade de separar a ação de fazer e julgar (HARTZ; SILVA, 2005).

Noutra perspectiva, há uma diversidade terminológica e conceitual quando se pretende definir o objeto ou foco da avaliação. De acordo com uma síntese realizada por Harz e Silva (2005) a avaliação pode ser relacionada a aspectos distintos, quais sejam: a disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura, acessibilidade, equidade; aos efeitos das ações implementadas (eficácia, efetividade, impacto); aos custos e produtividade das ações (eficiência); a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde; a direcionalidade e consistência (análise estratégica); ao processo de implantação das ações (avaliação do grau de implantação; avaliação de processo e análise de implantação, isto é, estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações); as características relacionais entre os agentes das ações.

A cobertura mede a proporção da população que se beneficia pelo programa ou intervenção. Podem ser mensurados os recursos materiais ou humanos disponíveis e a utilização real dos serviços, isto é, a proporção da população que efetivamente utilizou os serviços. A acessibilidade se refere ao grau de dificuldade ou facilidade que os usuários têm para acessar os serviços de saúde de forma adequada e oportuna (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). A equidade é um princípio de justiça para resolver contradições, a partir do qual se deve tratar os desiguais de forma desigual, isto é, priorizando a intervenção sanitária para os grupos com maiores necessidades de saúde (HARZ; SILVA, 2005).

No campo da avaliação de sistemas, serviços e programas de saúde, os termos eficácia, efetividade e impacto apresentam distinções conceituais bem demarcadas e difundidas por diversos especialistas. A eficácia se refere ao efeito de uma intervenção em situação experimental. A efetividade, por sua vez, demonstra o seu efeito ou impacto em situações reais. Por último, a eficiência pode ser correlacionada tanto com a medida da produtividade como com a relação custo-benefício das ações realizadas (HARTZ; SILVA, 2005).

A avaliação da qualidade abrange um amplo espectro de concepções entre os especialistas. Em linhas gerais, busca-se responder em que medida as tecnologias utilizadas são as mais indicadas e eficazes (DONABEDIAN, 2003).

Diversos especialistas chamam atenção para as dificuldades e potencialidades da inclusão da avaliação na rotina dos processos de gestão pública no Brasil. Hartz e Silva (2005) defendem que institucionalizar a avaliação é integrá-la em um sistema organizacional orientado para a ação, isto é, que seja capaz de ligar necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. Carvalho et al. (2012) e Felisberto (2006) corroboram com Hartz ao considerar que a prática avaliativa requer a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva

associação das ações de monitoramento e avaliação. São práticas subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.

No Brasil, ainda que se constatem avanços no uso da avaliação de políticas e programas, considera-se que a cultura avaliativa ainda é incipiente no âmbito da gestão pública. São ainda recorrentes os processos decisórios desvinculados de avaliações acerca do impacto, da efetividade, da eficiência e da influência do contexto no desenvolvimento das políticas e programas públicos. A permanência ou mudança das estratégias implantadas são, muitas vezes, decididas não a partir da averiguação da coerência e suficiência das ações adotadas e do alcance dos resultados, mas respondem a promessas de campanhas e/ou pactuações definidas no processo eleitoral. Outra questão é a fragilidade na instituição de carreiras de gestores públicos, com constantes mudanças do corpo gerencial a cada ciclo eleitoral, trazendo dificuldades importantes para a qualificação dos processos técnico-gerenciais e fortalecimento das políticas públicas.

Nesse sentido corroboramos com as ideias de Carvalho et al. (2012) de que o domínio da tomada de decisão não abrange o da avaliação e de que, no entanto, um julgamento realizado por uma instância de decisão deveria considerar, além dos critérios de eficiência, os que permitissem apreciar as consequências das decisões em matéria de equidade de acesso aos serviços e em relação ao respeito às liberdades individuais dos diferentes atores.

O grande desafio da avaliação em saúde vai além da mensuração dos resultados efetivos de uma intervenção, constitui-se da ampliação da capacidade de identificar as melhores e mais viáveis estratégias, analisar contextos, considerar o poder e interferências dos atores envolvidos e propor as melhores soluções.

A avaliação pode ser inserida em todos os momentos do ciclo da política pública. É uma tarefa laboriosa, mas pode ser um componente estratégico no desenvolvimento das políticas públicas. Neste estudo, a proposta de avaliar faz parte da análise de implementação da política, não pode ser desvinculada, portanto, dos fatores e atores que influenciam o seu desenvolvimento.

4.3 O Modelo Abrangente de Análise de Políticas

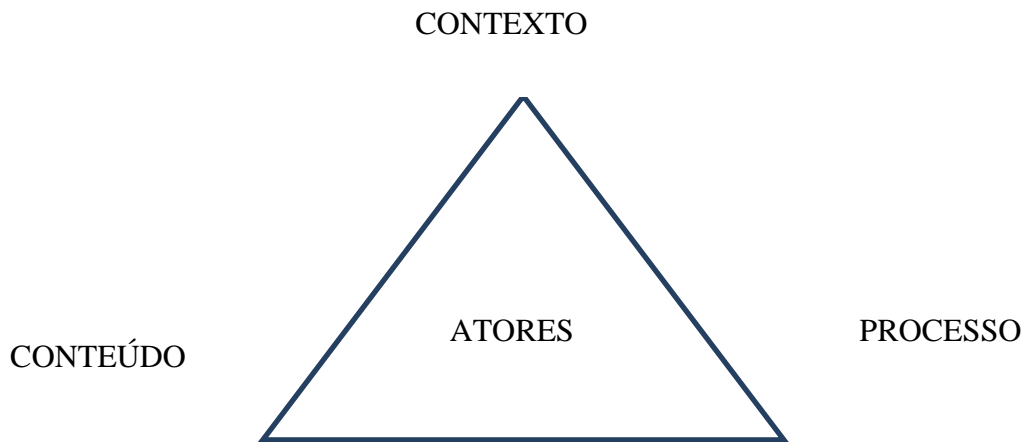
Dentre vários modelos apresentados na literatura específica para analisar as políticas públicas, esta pesquisa aborda o Método Abrangente de Análise de Políticas. Ao fazer uma apreciação sobre as fragilidades das análises de políticas, Walt e Gilson (1994, p. 354)

criticam a forma como a maioria dos métodos de análise concentram a atenção sobre o conteúdo, negligenciando os atores envolvidos, os processos intrínsecos da implementação e o contexto em que a política é desenvolvida. Argumentam que o foco no conteúdo de políticas desvia a atenção da compreensão dos processos que explicam porque os resultados políticos desejados não se realizaram. Apresentam a proposta do triângulo de análise de políticas de saúde, enfatizando um foco abrangente que inclui o contexto, o processo, os atores e o conteúdo da política.

Na concepção das autoras, o Método Abrangente de Análise de Políticas, composto de quatro elementos que mantêm implicações mútuas na formulação das políticas, amplia a compreensão do por que dos resultados da política, permitindo uma análise de sistemas complexos e abertos (incertezas), conforme se constituem os sistemas de saúde. Argumentam que, mesmo que se tenha a impressão de que cada um desses componentes possa ser considerado separadamente, na realidade, são interconectados. Os atores são influenciados pelo contexto em que vivem e trabalham, tanto no nível macro-governamental como institucional; o contexto é afetado por muitos fatores, tais como instabilidade ou incerteza criada por mudanças no regime político ou na guerra, pelo regime político (neoliberal ou socialista), pelas experiências históricas; O processo de formulação de políticas, por sua vez, é afetado pelos atores, sua posição nas estruturas de poder, seus próprios valores e expectativas. E o conteúdo da política refletirá algumas ou todas as dimensões acima (WALT; GILSON, 1994, p. 354).

Nessa proposta, Walt; Gilson defendem a ideia de uma intrínseca vinculação entre contexto, conteúdo, processo e atores, com uma confluência que confere centralidade aos atores na interação com os demais elementos analisados, conforme representado na figura 1:

Figura 1 – Modelo para análise de políticas de saúde:



Fonte: Walt e Gilson (1994)

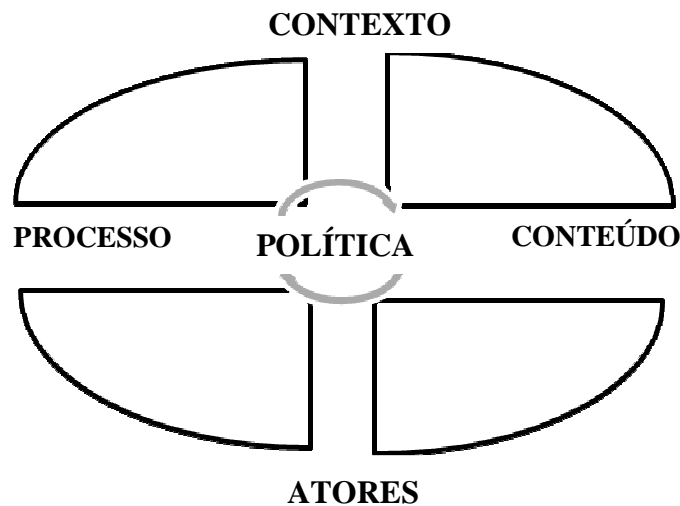
A compreensão de que as políticas são frutos de uma complexa inter-relação social, política e econômica, foram evidências para a fundamentação do Método. Mesmo reconhecendo a predominância dos aspectos econômicos na análise de políticas públicas, Walt e Gilson (1994) defendem que na análise de políticas de saúde é necessário recorrer a ferramentas conceituais das ciências políticas, da administração pública, da sociologia e da história, para ampliar a perspectiva de análise dos quatro aspectos propostos na abordagem abrangente. Segundo as autoras, as análises mais ricas têm sido fornecidas por teóricos do desenvolvimento, economistas e cientistas políticos. Cada vez mais se amplia a participação de economistas para analisar os custos dos cuidados de saúde e as opções de financiamento dos serviços de saúde.

Ao aprofundar a análise abrangente de políticas, Araújo Júnior (2000) esclarece que o modelo apresentado por Walt e Gilson propicia um amplo foco de análise, em contraposição aos modelos parciais que, embora apresentem o mérito de um maior detalhamento analítico, debruçam-se sobre um ponto ou aspecto específico da política em análise. Para Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), as tipologias de análises propostas por Parsons (1999) - a meta análise, a meso análise, a análise de decisão e a análise da implementação de política - são bons exemplos de análises parciais. A partir das ideias de Parsons, Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) esclarecem que a meta análise se propõe analisar a análise, implicando em questionar a abordagem utilizada no estudo das políticas públicas, o discurso e a linguagem que emprega. A meso análise preocupa-se com a forma como os problemas são estruturados e como são incluídos na agenda política. A análise de decisão focaliza a atenção sobre o processo de tomada de decisão, que se constitui no momento após a formação e antes da implementação

da política. A análise de implementação de políticas foca na avaliação dos resultados alcançados (PARSONS apud ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

Questionando as limitações das análises parciais e tratando do modelo abrangente, Araújo Júnior (2000) foca nos quatro aspectos inter-relacionados tratados por Walt e Gilson (1994) - os atores, o conteúdo, o contexto e o processo. Outrossim, resgata as ideias de Reish, para quem o sucesso da análise depende da compreensão dos aspectos políticos relevantes e as propostas de Frenk acerca da importância dos problemas, princípios, efeitos, propostas e protagonistas. A partir disso, o autor reelaborou o modelo proposto por Walt e Gilson (1994), colocando a centralidade na política, conforme representado na figura 2. Nessa proposta, Araújo Júnior (2000) considera que os demais enfoques dependem das características da política e do recorte utilizado pelo analista.

Figura 2 - Desenvolvendo o Modelo Abrangente de Análise de Políticas de Saúde.



Fonte: Araújo Júnior (informação verbal)¹

No artigo “*Developing an operational framework for health policy analysis*”, Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) contribuem com o desenvolvimento de categorias operacionais de análise que focam o contexto, os atores, o conteúdo e o processo, apontando questões e evidências que podem ser aprofundadas em cada um dos aspectos abordados no Modelo Abrangente de Análise de Políticas.

Para Walt e Gilson (1994) o contexto se refere aos fatores sistêmicos - políticos, econômicos, sociais ou culturais, nacionais e internacional - que podem ter um efeito sobre a política. Na análise do macrocontexto, a principal preocupação é com o papel do Estado na

¹ Fala do profº José Luíz Araújo Júnior na aula de Análise de Políticas, no curso de Doutorado em Saúde Pública, no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes- Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, em 2012.

condução das Políticas econômicas e na formulação de políticas. Ademais, a autora identifica como pontos importantes para a análise de políticas questões como: tradições históricas, determinantes socioestruturais (classe social, divisões étnicas e religiosas); o conjunto de setores politicamente poderosos; características do sistema político e das instituições políticas (regulação do poder, autoridade e responsabilidade do Estado); influência ideológica; política econômica.

Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) elegem dois aspectos centrais para a análise de contexto, o poder e a política, e definem duas subcategorias, denominadas Macrocontexto e Microcontexto. A compreensão sobre a distribuição de poder é tomada como um elemento fundamental para a análise do contexto da política. Igualmente considera-se que a política afeta as origens, a formulação e a implementação de políticas públicas, especialmente quando mudanças significativas estão envolvidas. O cenário político é precisamente parte do contexto maior.

Com a definição do macro e microcontexto, os autores apresentam uma proposta para operacionalizar os amplos aspectos abordados numa análise contextual. Assim definem que o macrocontexto se refere à sociedade como um todo - esfera política, esfera econômica, esfera social; o microcontexto contempla o setor da saúde, as políticas setoriais, finanças setoriais e a implementação do sistema de saúde (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

Na esfera política, propõem abordar os aspectos relativos aos regimes políticos, às mudanças e apoios políticos, tratando-se de questões relativas a participação dos apoiadores e opositores políticos e do poder político, ideologias, políticas públicas e influências internacionais. Na perspectiva do modelo, o poder é atrelado à capacidade dos atores de dominar os processos decisórios (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

Na esfera econômica devem ser considerados fatores como a produção, distribuição e ou concentração de renda, bens e serviços dentro da sociedade; a política econômica do governo, com foco em indicadores de desempenho, taxa de inflação, PIB, nível de crescimento e estabilidade, a posição no ranking internacional das economias, montante da dívida externa e interna, o equilíbrio do comércio internacional, a evolução dos investimentos estrangeiros diretos, evolução das reservas nacionais. Tais aspectos seriam relevantes para um exame crítico ligando restrições econômicas ao processo da política de saúde (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

Na esfera social os autores entendem que é importante conhecer aspectos como o crescimento da população e distribuição, nível de renda e distribuição de mercadorias, a prevalência da pobreza e condições gerais de vida, como moradia, emprego, educação. Nessa

esfera serão examinadas as possíveis relações desses elementos com o processo de política de saúde (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

O microcontexto, de acordo com os autores, refere-se à dinâmica do próprio setor saúde, isto é, a política setorial. Nesse campo é importante atentar para as relações público-privadas no setor, as finanças setoriais, recursos disponíveis, mecanismos de financiamento, despesas. Além disso, deve-se conhecer os problemas de saúde, apresentados por meio de indicadores de saúde para que se possa compreender a adequação e necessidade da política a ser implementada.

Para Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), o conteúdo de uma política se expressa através de todos os seus componentes: programas, projetos, atividades específicas, objetivos, metas, recursos e resultados alcançados. A análise do conteúdo da política de saúde deve proporcionar um conhecimento acerca da coerência e suficiência das estratégias adotadas pela política para atingir uma situação esperada e se as ações propostas satisfazem as necessidades indicadas pela análise de contexto.

Na análise do conteúdo, deve-se investigar acerca da suficiência dos recursos necessários a implantação de uma política como recursos materiais (equipamentos, dinheiro); recursos técnicos e organizacionais e políticos, ou seja, basicamente o poder de tornar a política viável. Por último investigar os resultados alcançados e o quanto correspondem às necessidades identificadas na análise de contexto (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001).

A análise do processo se refere ao conhecimento de como a Política se desenvolve em cada uma das fases do ciclo da política. Na análise dessa categoria, Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), retomando as ideias de Walt, afirmam que os quadros mais consensuais para analisar o processo de política são aqueles que, basicamente, descrevem as fases de identificação do problema, definição da agenda, formulação, implementação e avaliação da política. Além disso, os autores consideram que os principais aspectos relacionados ao processo de política são: a questão do poder, no que se refere aos atores com poder de decidir e influenciar os rumos da política; o conceito e tipos de política, no que tange ao esclarecimento acerca do que é a política e de como é feita; os fundamentos da política, no que trata da sua formulação, se ocorreu a partir de um processo racional, incremental ou misto.

Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) destacam ainda a necessidade de conhecer o modelo de tomada de decisão. Para isso, relembram duas visões: a pluralista, que entende que o poder é transmitido e distribuído entre os grupos, instituições e indivíduos dentro da

sociedade; a elitista, que concebe que o poder se restringe às redes de pessoas mais poderosas pertencentes aos círculos políticos, mas também ao mundo dos negócios militares, aristocráticas e burocráticos.

Walt e Gilson (1994) enfatizam o papel crítico dos atores – indivíduos ou grupos de interesses – no processo político, influenciando os valores inerentes às políticas e as políticas específicas escolhidas por esse processo e influenciadas pelo contexto político (histórico, político, econômico e sociocultural). Na análise dos atores, Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) chamam atenção para a identificação da posição dos principais atores em relação à política; como eles são mobilizados; a correlação de poder entre eles e suas possíveis alianças e coalizões.

A relevância do trabalho desenvolvido por Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) é a tradução das quatro categorias teóricas destacadas por Walt e Gilson (1994) em dimensões operacionais, revelando as subcategorias, os elementos e procedimentos necessários para elaboração de uma análise sistemática e flexível de política de saúde. Nessa proposta, o contexto político ocupa um espaço central na análise, em relação ao conteúdo, processo e aos atores. O método vem ganhando destaque nos estudos de políticas de saúde no Brasil, nos últimos anos. Estudos recentes, utilizando essa abordagem analítica, buscaram evidenciar a pertinência do modelo na contextualização das políticas, refletindo sobre seus conteúdos, fazendo emergir os processos e atores envolvidos, incluindo as correlações de poder e tensões existentes desde a formulação, implantação e desenvolvimento dessas políticas (DUARTE, 2014; GOTTEMS, 2010; LYRA; ARAUJO JUNIOR, 2014; SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006).

O Método Abrangente de Análise de Política pode contribuir para uma abordagem ampla acerca das ações e não ações dos governos e suas implicações para a sociedade. A escolha do modelo e método de análise, ainda que não seja a condição preponderante para uma boa análise, reflete concepções e valores do analista e elege abordagens complexas e abrangentes ou parciais da realidade.

É certo que nenhuma teoria ou método de análise é suficiente para explicar as dimensões políticas, sociais, econômicas, culturais que estruturam a vida social. Todavia, é imprescindível que a análise possa captar elementos distintos que interagem nas formulações e desenvolvimentos das políticas públicas. A complexidade do processo político torna premente a ampliação do foco de análise, de modo que se possa esmiuçar a participação dos atores e instituições envolvidas e apontar os aspectos contextuais que favorecem ou dificultam alguns resultados em detrimento de outros. A abundância de abordagens teóricas no campo da

análise de políticas, muitas vezes, leva a conclusões analíticas conflitantes, o que favorece a adoção de modelos teóricos que possam ampliar o espectro analítico.

5 OBJETIVO GERAL

Analisar a política Rede Cegonha, com ênfase na assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, no período de 2011 a 2015.

5.1 Objetivos específicos

- a) Compreender as interações do contexto político, social e econômico e sua influência no desenvolvimento da Rede Cegonha, em âmbito municipal;
- b) Conhecer o conteúdo da Rede Cegonha;
- c) Analisar o processo de inclusão na agenda pública, formulação, tomada de decisão e implementação da Rede Cegonha, em âmbito municipal;
- d) Compreender a influência dos atores no desenvolvimento da Rede Cegonha, em âmbito municipal.

6 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

6.1 Pesquisa qualitativa

A pesquisa se desenvolveu por meio de uma análise qualitativa dos dados. Tal escolha deve-se a presunção de que uma política pública pode ser mais bem compreendida ao se incorporar percepções e interesses dos distintos atores sociais envolvidos. Considera-se que, para conhecer o processo de formulação e implementação de uma política pública, não bastaria analisar indicadores e resultados quantitativos. Ainda que tais informações possam ser bastante pertinentes e capazes de esmiuçar aspectos relevantes da conformação da política em estudo.

Na tentativa de aprofundar o conhecimento sobre as várias facetas da política em questão, toma-se como referência as palavras de Minayo (2004), para quem a compreensão dos fenômenos sociais devem fundar-se em dados qualitativos para que se possa agregar à análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos. Desse modo, a autora advoga que a pesquisa qualitativa tem a capacidade de captar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas. Nesse sentido, considera-se que a subjetividade não está vinculada à impossibilidade de construção científica, mas pode ser compreendida como parte integrante da singularidade do fenômeno social.

Tratando da mesma questão, Bosi e Mercado (2004) reconhecem na pesquisa qualitativa uma possibilidade de relativizar a ação do observador sobre a experiência, desconstruindo a crença na neutralidade científica e construindo uma análise que reconhece o lugar das interpretações na construção da realidade.

Trivínos (2013) apresenta algumas características que considera centrais e inerentes a todos os tipos de pesquisas qualitativas. Assim, afirma que esse tipo de pesquisa tem o ambiente social como fonte direta de dados e o pesquisador como seu instrumento chave. É também essencialmente descritiva. Debruça-se sobre o processo e não apenas sobre os resultados e produtos. Tem o significado como uma preocupação essencial.

Além dos dados qualitativos nesta pesquisa, foram também agregados dados quantitativos dos sistemas nacionais de informação em saúde. Essa proposta toma como

referência as ideias de Bosi e Mercado (2004) que argumentam que quantidades e qualidades não ensejam sentidos antagônicos, mas podem refletir facetas da mesma realidade.

A análise sobre a Política em questão permitiu expor o momento atual da dinâmica de um fenômeno sob certas circunstâncias e contexto. Daí porque se considera que toda generalização é perigosa, uma vez que é, quase sempre, uma situação fenomênica parcial, eventual. Nesta pesquisa, para minimizar os problemas comumente atribuídos às abordagens qualitativas, tais como o excesso de empirismo dos pesquisadores, ampliou-se o significado do conhecimento empírico a partir do constructo teórico do Método Abrangente de Análise de Políticas e da assistência materna e infantil.

6.2 Estudo de caso

Foi desenvolvido um estudo de caso envolvendo os serviços que compõem a rede de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento do SUS, localizada no Recife. De acordo com Yin (2005), os estudos de caso consistem em uma análise em profundidade de um fenômeno em seu contexto. Estudam o conjunto das variações que ocorrem intrasistema. Utilizam poucas unidades de análise, porém com um potencial explicativo importante, decorrente da análise do caso, ou dos casos, em profundidade. Demandam questões explanatórias do tipo: como e por quê.

Foi desenvolvido um estudo de caso único, representativo, que tem por objetivo captar as circunstâncias e condições comuns, de modo que as lições aprendidas possam fornecer importantes informações sobre as experiências das pessoas ou instituições estudadas (YIN, 2005). A rede de atenção materna e infantil do SUS localizada no Recife representa o caso decisivo que servirá de base para testar uma teoria formulada. Foram incluídos os serviços sob gestão municipal (unidades básicas de saúde, maternidades) e os hospitais (estaduais, federal e filantrópico) que prestam assistência ao parto e nascimento de alto risco para as mulheres residentes no Recife e que são também serviços de referência para todo o estado de Pernambuco.

6.2.1 Unidades de análise do estudo.

A política Rede Cegonha, em âmbito municipal, é a unidade de análise principal que será desdobrada a partir de quatro subunidades ou categorias: o contexto, o conteúdo da política, o processo de desenvolvimento da política em âmbito local e os atores envolvidos.

6.2.2 O campo de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. Recife apresenta uma superfície territorial de 217,01 km². Limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista; ao sul, com o município de Jaboatão dos Guararapes; a oeste, com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico. Recife tem uma composição territorial caracterizada por morros (67,43%), planícies (23,26%), áreas aquáticas (9,31%) e pelas Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) (5,58%). Divide-se em 94 bairros, aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) (RECIFE, 2013).

De acordo com a projeção do IBGE, Recife apresentou um número de 1.617.183 habitantes em 2015, distribuídos em áreas altamente valorizadas ao lado de áreas com grandes problemas estruturais (RECIFE, 2015).

No setor saúde, a partir do segundo semestre de 2014, a cidade passou a contar com 08 Distritos - DS, distribuídos pelas 6 Regiões Político Administrativas. Com a reorganização foi realizada uma redistribuição dos bairros, por Distrito Sanitário (DS), para favorecer os processos gerenciais. A partir de então, configurou-se a seguinte distribuição: (DS I: (Centro:11 bairros, RPA 1); DS II: (Norte:18 bairros, RPA 2); DS III (Noroeste: 16 bairros, RPA 3); DS IV (Oeste: 12 bairros, RPA 4); DS V (Sudoeste: 16 bairros, RPA 5); DS VI (Sul: 5 bairros, RPA 6); DS VII (13 bairros, RPA 3); DS VIII (3 bairros, RPA 6) (RECIFE, 2014).

De acordo com dados do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, Recife obteve um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,772, o que representa o 2º melhor resultado no estado de Pernambuco. Esse IDHM situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a longevidade, com índice de 0,825, seguida de Renda, com índice de 0,798, e de Educação, com índice de 0,698 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Todavia, o espaço urbano demográfico e socioeconômico da cidade revelam grandes contrastes e impõem grandes desafios para a formulação e implementação das políticas e programas sociais na cidade. Entre os seus potenciais, Recife se destaca por dispor de uma ampla rede pública assistencial de saúde, além de uma estreita relação com a rede estadual de saúde, localizada em seu território. Contudo, enfrenta o desafio de solucionar problemas sociais e de infraestrutura que se entrelaçam com os desafios de expansão e qualificação dos serviços públicos de saúde (RECIFE, 2013).

Quanto à capacidade instalada da rede de atenção à saúde do SUS, Recife tem um percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 51,3% da população total e de 67,5%, quando considerados todos os serviços básicos de saúde. Dispõe de 130 Unidades de Saúde da Família e 22 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS). Essas últimas, sem adstrição de clientela. A rede básica de saúde também é composta por vários outros serviços que apoiam as atividades da ESF, ampliando o escopo de atuação da atenção básica: Núcleos de Apoio a Saúde da Família (21 equipes), Núcleos de Práticas Integrativas (06 equipes); Programa Academia da Cidade (41 polos) (RECIFE, 2016b).

A rede especializada é formada por 12 Policlínicas, 06 Centros de Especialidades Odontológicas, 03 Maternidades, 01 Hospital Pediátrico, 01 Laboratório Municipal de Saúde Pública e 08 Unidades Especializadas, dentre elas o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação Física, Unidade de Cuidados Integrals e o Ambulatório Especializado da Mulher. Recife conta com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que realiza atenção integral a pacientes que necessitem de cuidados intensivos, com dificuldade de deslocamento para os serviços de saúde. O SAD/Recife dispõe de 07 Equipes Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e 03 Equipes Multidisciplinar de Apoio (EMAP), com capacidade de 550 leitos domiciliares. A rede de Saúde Mental dispõe de 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 24 Residências Terapêuticas, 04 Albergues Terapêuticos e 06 Equipes de Consultório na Rua e de Rua (RECIFE, 2016b).

A Secretaria de Saúde complementa a oferta com serviços privados de assistência à saúde, mediante a celebração de contratos ou convênios. A Rede complementar (Conveniada ou Contratada) é formada por 04 hospitais gerais, 05 hospitais especializados, 20 Unidades de Apoio em Diagnose e Terapia (SADT), 05 clínicas especializadas/ambulatório de oftalmologia, 08 serviços de imagem (Raios-X, Ultrassonografia) (RECIFE, 2016a).

Parte importante dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde (RAS) do SUS, localizada no Recife, forma a rede de atenção materna e infantil do município. Isto porque as RAS podem ser organizadas a partir de vários temas da atenção, constituindo-se em redes temáticas, na qual se inclui a rede de atenção materna e infantil.

Nesta pesquisa, tratamos especificamente dos serviços públicos destinados à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento. Para a assistência ao pré-natal de risco habitual, o município conta com a rede de serviços básicos (130 Unidades de Saúde da Família e 22 Unidades Básicas tradicionais), 12 policlínicas, os serviços que apoiam as atividades da ESF como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (21 equipes) e os Núcleos de Práticas Integrativas (06 equipes) (RECIFE, 2016a).

Para a assistência ao pré-natal de alto risco, Recife dispõe da retaguarda dos serviços especializados sob gestão municipal (12 policlínicas municipais). Os serviços públicos hospitalares são referência para a assistência ao pré-natal de alto risco e para o parto e nascimento (03 maternidades municipais, 03 hospitais estaduais, 01 hospital federal e 01 hospital filantrópico, localizadas no território da cidade) (RECIFE, 2016a).

Para a assistência ao parto e nascimento, Recife dispõe de 03 maternidades municipais, 03 hospitais estaduais, 01 hospital federal e 01 hospital filantrópico (RECIFE, 2016a).

A rede de serviços de saúde municipal conta com 20 Unidades de Apoio em Diagnose e Terapia conveniadas ao SUS e o Laboratório Municipal de Saúde Pública para a oferta dos exames diagnósticos preconizados no pré-natal de risco habitual e alto risco (RECIFE, 2016a).

Os quadros 2 e 3 descrevem o perfil dos serviços municipais que ofertam a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento localizados no município.

Quadro 2 - Estabelecimentos públicos que ofertam assistência ao pré-natal localizados no Recife – 2015.

Estabelecimentos	Natureza	Esfera Administrativa	Serviços ofertados
130 Unidades de Saúde da Família	Adm. direta	Municipal	Assistência ao pré-natal de risco habitual.
22 Unidades Básicas Tradicionais	Adm. direta	Municipal	Assistência ao pré-natal de risco habitual.
12 Policlínicas	Adm. direta	Municipal	Atendimentos ambulatoriais especializados (Retaguarda para a assistência ao pré-natal de risco habitual e alto risco).
Unidade Mista Prof. Barros Lima	Adm. Direta	Municipal	Assistência ao pré-natal de risco habitual e alto risco.
Maternidade Bandeira Filho	Adm. Direta	Municipal	Assistência ao pré-natal de risco habitual e alto risco.
Pol. e Maternidade Arnaldo Marques	Adm. Direta	Municipal	Assistência ao pré-natal de risco habitual e alto risco.
Centro de Saúde Amaury de Medeiros	Adm. Indireta	Estadual	Assistência ao pré-natal de alto risco.
Instituto Materno Infantil de Pernambuco	Filantrópico	Privado	Assistência ao pré-natal de alto risco
Hosp. das Clínicas	Adm. Direta	Federal	Hospital Geral Assistência ao pré-natal de alto risco.
Hosp. Barão de Lucena	Adm. Direta	Estadual	Hospital Geral Assistência ao pré-natal de alto risco.
Hosp. Agamenon Magalhães	Adm. Direta	Estadual	Hospital Geral Assistência ao pré-natal de alto risco

Fonte: elaboração da autora a partir de dados do DATASUS – TABWIN – CNES/SUS, 2016 e Plano de Ação da Rede Materno Infantil da Região de Saúde de Pernambuco Rede Cegonha - I GERES- 2012

Quadro 3 - Estabelecimentos públicos que ofertam assistência ao parto e nascimento localizados no Recife – 2015.

Continua

Estabelecimentos	Natureza	Esfera Administrativa	Serviços ofertados	Número de leitos para assistência ao parto e nascimento
Unid. Mista Prof. Barros Lima	Adm. Direta	Municipal	Assistência ao parto de risco habitual	Obstetrícia cirúrgica – 34; Obstetrícia Clínica – 02
Maternidade Bandeira Filho	Adm. Direta	Municipal	Assistência ao parto de risco habitual	Obstetrícia cirúrgica – 27;
Pol. e Maternidade Arnaldo Marques	Adm. Direta	Municipal	Assistência ao parto de risco habitual	Obstetrícia cirúrgica – 36; Obstetrícia Clínica – 01
Centro de Saúde Amaury de Medeiros	Adm. Indireta	Estadual	Assistência ao parto de alto risco.	Obstetrícia cirúrgica – 52; UTI Neonatal - 12; UCI neonatal – 15
Instituto Materno Infantil de Pernambuco-IMIP	Filantrópico	Privado	Hospital Geral Assistência ao parto de alto risco.	Unidade Intermediária Neonatal – 56 leitos; UTI adulto Tipo III – 46; UTI neonatal Tipo III – 18 leitos Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico; UTI pediátrica Tipo III – 22 leitos; UTI Adulto Tipo II – 15 leitos Obstetrícia Cirúrgica 76 leitos; obstetrícia Clínica – 28 Leitos
Hospital das Clínicas	Adm. Direta	Federal	Hospital Geral Assistência ao parto de alto risco.	UTI Neonatal Tipo II – 10; UTI Neonatal Tipo III – 10; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional – 5; Obstetrícia Clínica – 15; Obstetrícia Cirúrgica – 10
Hospital Barão de Lucena	Adm. Direta	Estadual	Hospital Geral Assistência ao parto de alto risco.	UTI Adulto Tipo II – 20 Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru* – 10 Unidade Intermediária Neonatal – 16 UTI Pediátrica Tipo II – 08 Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional – 16 UTI Neonatal Tipo II – 18; Obstetrícia Cirúrgica -55 Obstetrícia Clínica – 20 Pediatria Clínica – 47

Quadro 3 - Estabelecimentos públicos que ofertam assistência ao parto e nascimento localizados no Recife – 2015.

(Conclusão)

Estabelecimentos	Natureza	Esfera Administrativa	Serviços ofertados	Número de leitos para assistência ao parto e nascimento
Hospital Agamenon Magalhães	Adm. Direta	Estadual	Hospital Geral Assistência parto de alto risco	UTI neonatal Tipo II – 15 Unid. Intermediária Neonatal- 15 UTI Adulto Tipo II – 44 Obstetrícia cirúrgica- 75 Obstetrícia Clínica 27

Fonte: elaboração da autora a partir de dados do DATASUS – TABWIN – CNES/SUS, 2016 e Plano de Ação da Rede Materno Infantil da Região de Saúde de Pernambuco Rede Cegonha - I GERES. 2012.

Recife concentra parte significativa dos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento do estado de Pernambuco. A cidade desempenha papel importante na estruturação das Redes Regionais de Atenção Materna e Infantil enquanto município sede da Macrorregional I de Pernambuco.

6.3 Estratégias de coleta e organização dos dados

A coleta foi organizada de forma a propiciar um processo de acúmulo, exaustão dos levantamentos e análise sistemática. Para tanto, foi desenvolvida mediante as seguintes etapas sequenciais:

- 1) Coleta e tratamento dos dados oriundos dos documentos;
- 2) Definição das perguntas condutoras das entrevistas semiestruturadas;
- 3) Realização das entrevistas;
- 4) Transcrição e tratamento dos dados oriundos das entrevistas;
- 5) Triangulação e análise dos dados documentais, das entrevistas semiestruturadas e
- 6) matérias de jornais;
- 7) Organização dos resultados a partir das quatro categorias em análise: contexto, conteúdo, processo e atores.

6.3.1 Coleta e organização dos dados documentais

A análise documental buscou evidências em relação ao contexto, conteúdo e processo de implementação da Rede Cegonha e o discurso oficial sobre o seu desenvolvimento. Os documentos analisados fazem parte da denominada literatura cinza ou cinzenta. Entende-se por literatura cinza a produção caracterizada por tiragem reduzida, de divulgação restrita, mas que flui com rapidez entre os pares, pelo fato de não ser convencional. Não atende a formalização exigida para os documentos convencionais - livros e publicações periódicas - que integram o grupo chamado de literatura branca (POBLACION; NORONHA; CURRÁ, 1995).

Foram então coletados e analisados os seguintes documentos oficiais:

a) Fontes Primárias:

Relatórios Anuais de Gestão 2010 a 2015;

Planos Municipais de Saúde 2010-2013 e 2014-2017;

Programações Anuais de Saúde 2011-2015;
 Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas 2013 a 2015;
 Portarias Ministeriais e Estaduais;
 Manuais Técnicos do Ministério da Saúde;
 Dados administrativos e financeiros das Secretarias de Saúde do Recife e
 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

b) Fontes Secundárias:

Dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
 Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS;
 Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC);
 Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
 Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

Os dados dos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de saúde, Relatórios Anuais de Gestão foram organizados conforme quadro 04 com vistas a uma comparação do conteúdo da política Rede Cegonha em âmbito nacional e municipal. Assim, as informações dos referidos documentos foram agregadas conforme as ações estratégicas para a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, previstas na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. A partir dos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde, foram identificadas ações e metas previstas para o período, organizadas conforme quadro 4.

Com base nos Relatórios Anuais de Gestão, Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, Balanços de Gestão, Relatórios de Visitas e dados dos Sistemas Nacionais de Informação (CNES, SIH, SIA, SINASC) foram identificados os resultados alcançados pela Política no Recife. Esses dados foram analisados no tópico referente ao processo de implementação da Política.

Quadro 4 – Modelo para síntese dos dados dos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde do Recife –2010-2015.

Ações previstas pela Rede Cegonha para qualificação e estruturação do pré-natal e do parto e nascimento.	Ações e Metas identificadas nos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde.	
	Ano	Ações e Metas

Fonte: elaboração da autora

Foram utilizados dados quantitativos referentes à situação de saúde materna e infantil, a oferta de leitos e a produção de serviços para subsidiar a análise qualitativa do estudo. Os dados quantitativos foram coletados dos arquivos disponibilizados pelo sítio do DATASUS/MS e tabulados através do aplicativo TABWIN, versão 3.2.

Além dos documentos oficiais, foram ainda coletadas e analisadas matérias publicadas em jornal escrito com circulação no Recife.

6.3.2 Coleta das entrevistas

Foram realizadas 17 entrevistas dirigidas aos gestores da Secretaria de Saúde do Recife, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e do Ministério da Saúde; trabalhadores dos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento localizados no Recife; representantes de conselhos profissionais, Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco e do movimento de mulheres.

Foram adotados 04 roteiros semiestruturados, constituídos de algumas questões dirigidas a todos(as) os (as) entrevistados (as) e outras específicas para cada grupo de participantes, isto é, gestores, trabalhadores, representantes dos Conselhos profissionais e representantes do movimento de mulheres. A opção por um roteiro semiestruturado teve como propósito a possibilidade de realizar variações na ordem sequencial, na forma de condução das perguntas, e até na sua natureza, para que fosse possível adaptar as questões aos distintos sujeitos entrevistados (MYNAIO, 2004). A amostra foi definida de forma intencional, considerando os propósitos da autora em compreender o contexto e a influência dos atores na implementação da Política (MARCONI; LAKATOS, 2006).

O período de realização da entrevista se estendeu de outubro de 2015 a junho de 2016. O quadro 5 apresenta o perfil dos entrevistados (as).

Quadro 5 – Número e perfil dos (as) entrevistados (as)

(Continua)

Perfil dos entrevistados (as)	Número
Ex- Secretário Municipais de Saúde	1
Diretor de Maternidades Pública Municipal	1
Ex-Diretor de Maternidade Pública Municipal	1
Ex-Coordenadora da Política Integral de Atenção a Saúde da Mulher e Chefe do Setor de Enfermagem de Hospital Estadual	1
Gerente Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Saúde do Recife	1

Quadro 5 – Número e perfil dos (as) entrevistados (as)

Perfil dos entrevistados (as)	Número
Coordenadora do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha em Pernambuco	1
Apoiadora Institucional do Ministério da Saúde para a Rede Cegonha em Pernambuco	1
Diretora de Hospital Estadual	1
Médico obstetra e médico de USF	1
Enfermeiras Obstetras de Maternidades Municipais	2
Enfermeira de USF	1
Presidente do COSEMS	1
Representante do Conselho Municipal de Saúde	1
Presidente do COREM	1
Presidente do CREMEPE	1
Coordenadora do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco	1
Total	17

Fonte: elaboração da autora

6.4 Plano de análise

6.4.1 A análise das entrevistas

As entrevistas foram analisadas através da técnica de “Análise de Conteúdo”. A análise de conteúdo se expressa enquanto um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados. A multiplicidade das técnicas utilizadas nessa metodologia de análise se estende desde o cálculo de frequências até a extração de estruturas baseadas na dedução e na inferência (BARDIN, 2004).

Nesta pesquisa, utilizamos uma técnica de análise de conteúdo denominada Condensação de Significados, proposta por Kvale (2009). A estratégia visa à abreviação dos significados encontrados nas entrevistas, buscando um formato sintético, porém sem perda de sua essência.

Desse modo, todas as entrevistas foram transcritas de modo literal. Posteriormente, foram lidas integralmente, juntamente com a escuta da gravação para identificação de erros ou problemas e com a finalidade de compreender o sentido do todo. Em seguida, os dados foram organizados conforme quadro 06. Cada questão da entrevista foi analisada de acordo com o modelo descrito: na coluna da esquerda foram organizadas as “Unidades Naturais” das falas, que são os extratos condensados de fala que contêm as ideias centrais emitidas pelos

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

Quadro 6- Síntese das perguntas e condensação de significados

Condensação de significados	Entrevistado X	Pergunta condutora X
Unidades Naturais (da entrevista)		Temas Centrais
[...] a gente fez o desenho da rede a partir da capacidade instalada e análise do percentual de usuários que vinham de outros municípios. Eu fazia essa discussão em mesa de congresso, nas discussões da bipartite, no congresso do COSEMS. A discussão existia, os mecanismos para pactuar também, mas não vinha o dinheiro necessário para se fazer essa arrumação. [...] Aí vem a questão: se eu tenho recursos, eu vou ter que ceder para o outro? Porque dinheiro de município ninguém cede! Aí se começa a ter as grandes dificuldades para organizar a rede, é muito difícil! Para se fazer uma regionalização tem que ter redirecionamentos no aporte de recursos e é preciso investir o que se tem no lugar mais estratégico.		Elaboração do desenho da Rede Cegonha e modelo de financiamento do SUS.
<p>Descrições essenciais para responder a pergunta condutora:</p> <p>Ainda que tenham sido criados mecanismos operacionais e políticos de governança das redes – as Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regionais e os Grupos Condutores Estaduais e Municipais da Rede Cegonha – o modelo de financiamento não teve sua lógica alterada para viabilizar a estratégia de regionalização.</p>		

Fonte: Elaboração da autora a partir de modelo proposto por Kvale (2009).

6.4.2 Triangulação de dados

Para Triviños (2013), a técnica de triangulação amplia a capacidade descritiva e analítica do pesquisador em função da multiplicidade de instrumentos (métodos, dados) que articulam as informações sobre o fenômeno estudado e seu contexto. De forma esquemática, Triviños apresenta três elementos centrais a serem triangulados: 1) Os processos e produtos centrados no sujeito (percepções do pesquisados e dos sujeitos); 2) Elementos produzidos pelo meio do sujeito (documentos internos e externos; instrumentos legais como leis,

decretos, etc.); oficiais (diretrizes, atas de reuniões); 3) Processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macro-organismo social do sujeito (modos de produção, forças e relações de produção) (TRIVIÑOS, 2013, p. 140).

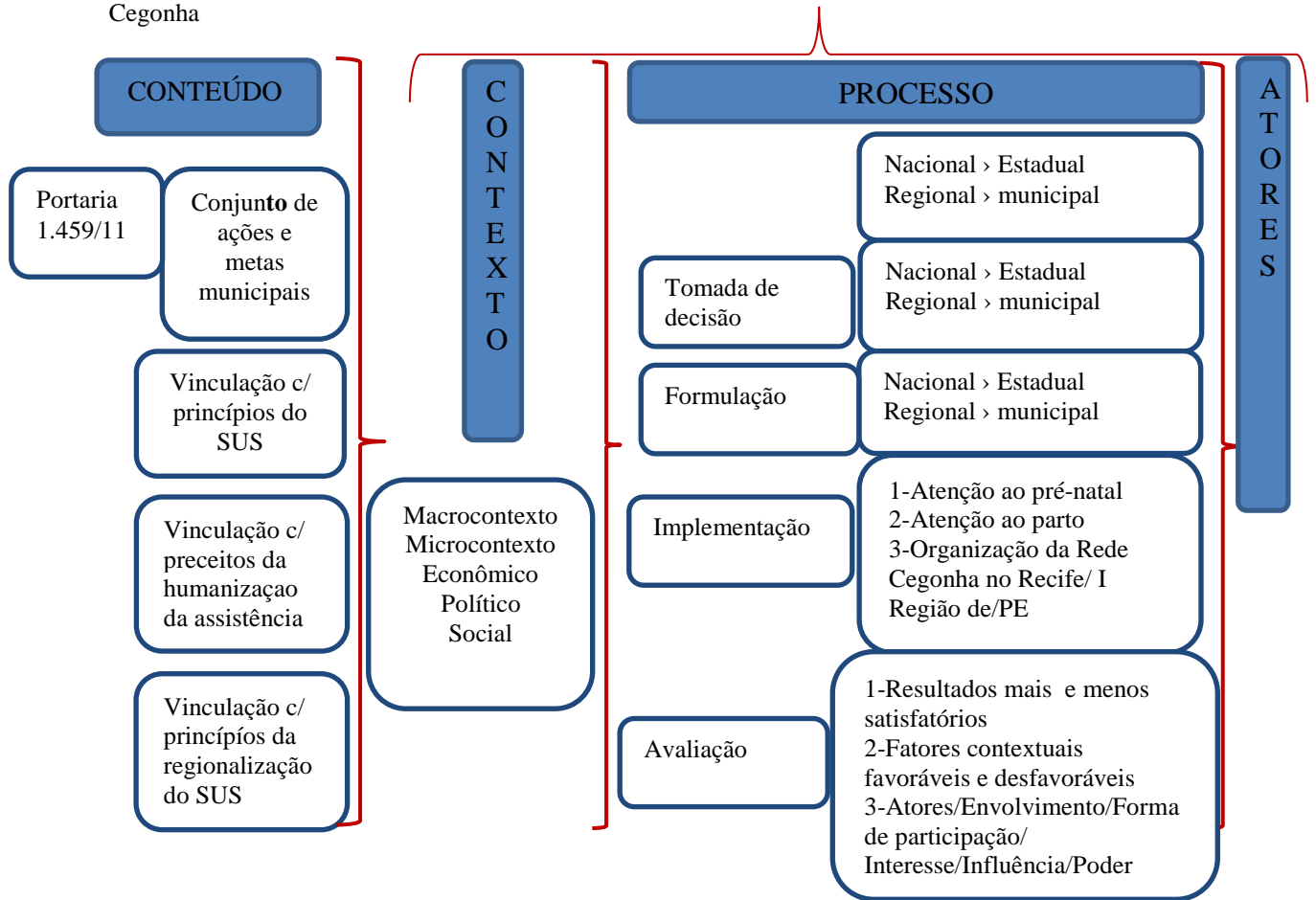
Nesta pesquisa foi utilizada a estratégia de triangulação de dados oriundos das entrevistas, dos documentos, das matérias de jornais e dos sistemas nacionais de informação em saúde e anotações do diário de campo da pesquisadora. Após a triangulação, os dados foram agregados em quatro categorias: contexto, conteúdo, processo, atores.

A utilização das várias fontes de evidências foi a estratégia adotada para conferir “validade de constructo” ao estudo e visou conduzir a uma linha convergente de investigação (YIN, 2005). Permitiu uma comparação entre o nível de exatidão e fidelidade esperadas nas informações presentes nos documentos, nos dados oriundos dos sistemas de informações em saúde e no material discursivo oriundos das entrevistas e matérias jornalísticas; e as percepções da pesquisadora, anotadas no diário de campo, cotejando essas informações à luz do referencial teórico adotado no estudo.

6.5 A abordagem da análise da política Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi analisada a partir do Modelo Abrangente de Análise de Políticas proposto por Walt e Gilson (1994) e categorizado por Araújo Júnior e Maciel Filho (2001). Seguiu-se com a seguinte categorização: o macrocontexto (conjuntura política, econômica e social); o microcontexto (política setorial, finanças e os serviços de saúde); o conteúdo (objetivos, metas, ações); o processo (inclusão na agenda pública, formulação, tomada de decisão, implementação, avaliação) e os atores. Diante da inter-relação e influência mútua entre as categorias analisadas, optamos por retomar aspectos contextuais e analisar a influência dos atores à medida que discutimos cada uma das etapas do processo da Política. O esquema analítico está representado na figura 3:

Figura 3 – Síntese das categorias da Análise Abrangente de Políticas e agregação dos componentes da Rede Cegonha



Fonte: elaboração da autora

6.5.1 A abordagem do macrocontexto

Tomamos como referência a percepção de Araújo Júnior (2000) para analisar o contexto da implementação da Rede Cegonha. Sendo assim analisamos questões como correlação de forças, distribuição de poder e questões mais amplas como regime econômico, situação socioeconômica. Foi realizada uma abordagem para além do contexto da saúde, onde foram então estudadas três esferas: a política, a econômica e a social.

- a) Na esfera política, foram abordados os aspectos relativos às mudanças e apoios políticos nas diferentes esferas de governo e sua influência no processo de desenvolvimento da Rede Cegonha, em âmbito municipal;
- b) Na esfera econômica, foram considerados os aspectos da economia nacional e local: a produção e distribuição/concentração de riquezas, o PIB per capita, indicadores sociais e macroeconômicos;

- c) Na esfera social, foram vistos: aspectos demográficos e epidemiológicos, nível de desenvolvimento humano, prevalência de pobreza, emprego e investimentos na saúde em âmbito nacional e local.

6.5.2 A abordagem do microcontexto

Na análise do microcontexto foram discutidos os aspectos setoriais da política em questão. Foram eles:

- a) A estrutura do financiamento setorial: o orçamento da saúde nas três esferas de governo, as fontes e o valores dos recursos destinados à Rede Cegonha.
- b) O panorama sanitário, epidemiológico e de organização de serviços, com destaque para os aspectos relativos à estruturação e acesso à saúde materna e infantil em âmbito local. Assim foram destacados:
- c) O perfil epidemiológico: óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); número de nascidos vivos, mortalidade materna, incidência de sífilis congênita; óbitos maternos.
- d) Os indicadores de atenção à saúde: gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; percentual de mais de 7 consultas no pré-natal; percentual de partos cesáreos e partos normais;
- e) Os indicadores relativos à oferta de serviços: cobertura de Equipes de Saúde da Família e demais serviços básicos envolvidos na atenção materna e infantil; cobertura de serviços especializados envolvidos na atenção materna e infantil; situação da capacidade instalada hospitalar como número de leitos obstétrico total e por estabelecimento de saúde, identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; leitos canguru, leitos de UTI neonatal existentes; leitos UTI adulto existentes.
- f) Os indicadores de gestão: identificação do Plano Municipal de Ação da Rede Cegonha; Plano de Ação da Rede Materno Infantil da Região de Saúde de Pernambuco Rede Cegonha - I GERES; Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha; inserção da política Rede Cegonha nos Planos Plurianuais de Saúde, Leis Orçamentárias Anuais; Programações Anuais de Saúde.

6.5.3 A abordagem do conteúdo

A discussão acerca do conteúdo da política Rede Cegonha foi centrada no conhecimento das diretrizes, princípios, objetivos, metas e ações estratégicas referentes à estruturação e qualificação da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento.

6.5.4 A abordagem do processo

Para análise do processo de implementação da Rede Cegonha no Recife foi utilizado o método que aborda o ciclo das políticas. Foram então estudadas as fases de inclusão da política na agenda pública, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação das ações (FREY, 1999, 2000; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; LINDBLOM, 1981). Em cada uma dessas fases, foram analisados:

- a) No momento de inclusão na agenda pública – *agenda-setting* – foi discutido o modo como a Rede Cegonha foi inserida na agenda governamental nacional e local;
- b) Na formulação e processo de decisão foram identificados quais os pontos e o porquê da escolha de alguns objetivos e metas em âmbito nacional e local (CAPELLA, 2007);
- c) Na implementação das ações foram tratadas questões como o momento em que a política foi posta em prática; a análise da qualidade material e técnica das ações estratégicas em desenvolvimento e as dificuldades para operacionalizar as ações previstas. Nessa etapa destacamos as atividades para qualificar, organizar e estruturar a oferta de serviços voltados para a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife na perspectiva de fortalecer a Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco;
- d) Na etapa de avaliação procedeu-se com um julgamento acerca dos resultados alcançados e da influência dos fatores contextuais e atores na implementação da Rede Cegonha no Recife. Tratando-se de um julgamento incorporou-se, portanto, a subjetividade da autora durante a realização da classificação proposta.

Para avaliar os resultados alcançados foi realizada uma comparação entre a situação da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, entre os anos de 2010 e 2015. Foram avaliadas as ações voltadas para a qualificação da assistência e para a organização e ampliação da oferta de serviços, no Recife, a partir da inserção do município na Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco, tomando como referência as ações previstas na portaria

1.459 de 24 de junho de 2011. Os resultados foram então classificados em mais satisfatórios e menos satisfatórios.

Para avaliar a influência do contexto no desenvolvimento da Rede Cegonha no Recife foi utilizada a proposta metodológica para construção de modelo lógico de Cassiolato e Gueresi (2010). As autoras tomam como referência as ideias de Carlos Martus para propor um modelo lógico que insere a avaliação do contexto e dos atores no desenvolvimento de programas. Nessa proposta, o contexto é avaliado a partir de um julgamento acerca dos fatores que podem favorecer ou comprometem o desenvolvimento das ações.

Para avaliar a influência dos atores utilizamos como referência o modelo apresentado por Lyra (2009) também baseado nos trabalhos de Matus (1996) e de Araújo Júnior e Maciel Filho (2001) que recomendam que sejam identificados os principais atores envolvidos na política e julgados a posição que ocupam em relação à política, o nível de mobilização, o nível de poder em relação aos demais atores e as possibilidades de alianças de coalizões.

Reiteramos que a avaliação proposta é parte da análise do processo da política. O julgamento acerca da influência do contexto e dos atores se fundamentou em uma análise que tomou como referência dados documentais, de entrevistas, matérias de jornais, aos quais foram agregados dados quantitativos. Portanto a avaliação tem como intuito contribuir com uma panorama dos principais resultados da Política. Uma compreensão mais profícua acerca do porque dos resultados alcançados depende, portanto, da análise do conjunto dos achados do estudo. A figura 4 apresenta a Matriz de avaliação da Rede Cegonha elaborada neste estudo:

Figura 4-Matriz de avaliação da política Rede Cegonha

(Continua)

CONTEÚDO				
	Situação inicial/ problemas	Ações	Indicadores	Resultados alcançados
Pré-natal				
Parto				

Figura 4-Matriz de avaliação da política Rede Cegonha

(conclusão)

CONTEÚDO					
Participação do município na operacionalização da Rede Cegonha em âmbito regional					
Fases		Ações previstas		Resultados alcançados	
Adesão e diagnostic					
Desenho Regional da RC					
Contratualização dos Pontos de Atenção					
Qualificação dos componentes					
Certificação					
Indicadores de gestão					
Situação inicial		Indicador		Resultados alcançados	
% investimento em saúde					
COAP					
PDR					
Centrais de regulação					
Ouvidoria					
CONTEXTO					
Fatores favoráveis			Fatores desfavoráveis		
ATORES					
Atores	Características dos atores				
	Envolvimento	Forma de participação	Interesse	Influência/poder	Posição
Internos					
Externos					

Fonte: elaboração da autora

Neste estudo, a avaliação é parte da análise do processo da política. Nesse sentido, não se adequa a estudos parciais, centrados na análise de conteúdos e resultados alcançados. Por isso, uma compreensão mais clara sobre o porquê dos resultados alcançados depende da interconexão do conjunto dos achados do estudo.

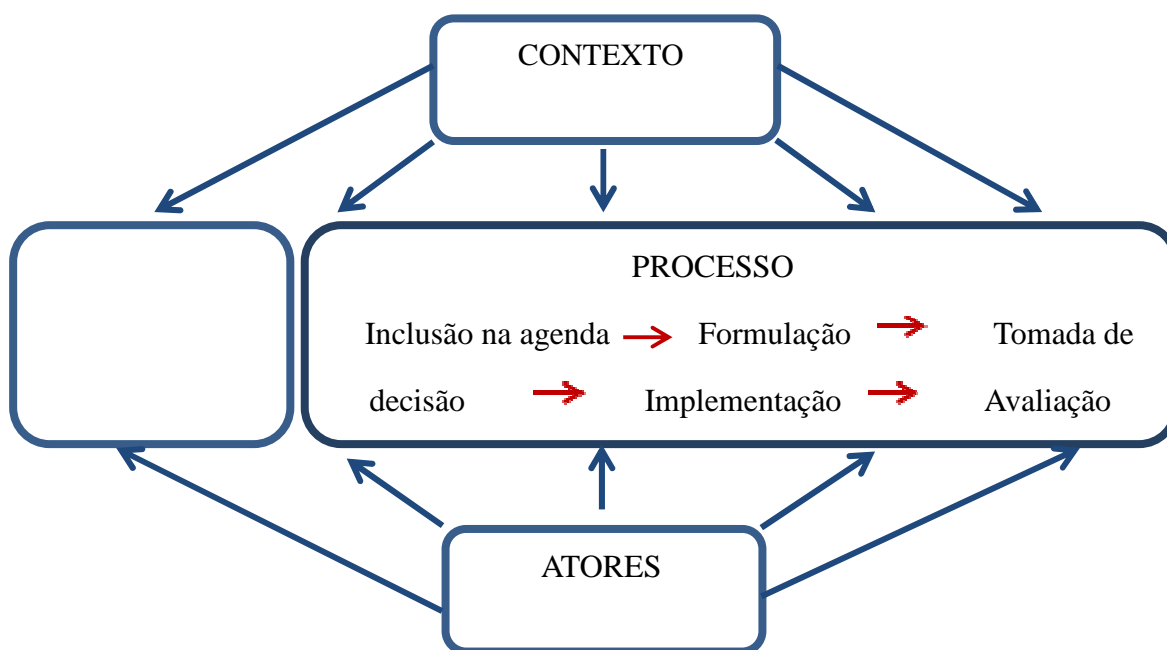
6.5.5 A abordagem dos atores

Optou-se por analisar a influência dos atores de forma concomitante a análise do processo da política, considerando a importância de compreender a influência desses sujeitos

no momento de inclusão na agenda, formulação, tomada de decisão e implementação da política. Essa discussão propiciou o conhecimento acerca de comportamentos, interesses, influências e recursos que esses atores agregam ou poderiam agregar para favorecer a implementação da política.

Propomos dessa forma um rearranjo metodológico na análise das categorias do estudo, apresentados na figura 5

Figura 5 – Modelo Abrangente de Análise da Política Rede Cegonha



Fonte: elaboração da autora

6.6 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e pelo CONEP/MS – Registro CAAE: 37238014.9.0000.5190 – que averiguaram a sua adequação aos pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O referido documento foi apresentado no Anexo A desta pesquisa.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo discutiremos os resultados do presente estudo, os quais foram organizados a partir de quatro categorias propostas no Modelo Abrangente de Análise de Políticas desenhado por Walt e Gilson (1994): contexto, conteúdo, processo e atores. O conjunto dos dados foi então triangulado para aprofundar o conhecimento acerca dos principais aspectos sociais, econômicos e políticos que influenciaram a elaboração e implementação da Rede Cegonha; do conteúdo da Política em âmbito nacional e local; do processo de elaboração e implementação; dos principais atores envolvidos em seu desenvolvimento.

Compreendemos que tal organização teve como intuito facilitar a apresentação dos resultados, já que, conforme as palavras de Walt e Gilson (1994), na realidade, há uma profunda inter-relação entre as mesmas. Lyra (2009) argumenta, a partir das ideias de Walt e Gilson, que os atores influenciam e são influenciados pelo contexto no qual vivem e atuam; o contexto interfere no processo e pode sofrer mudanças decorrentes deste; os atores podem determinar o processo político. Sendo assim, a proposta de Walt e Gilson é um modelo simples que permite a análise de relações extremamente complexas e inter-relacionadas.

Neste estudo, optou-se por organizar os resultados em três tópicos que tratam do contexto, do conteúdo e do processo da Política e influência dos atores. Consideramos pertinente discutir a influência dos atores à medida que foi analisado o ciclo da política, conforme definido por Dye (2014) e Howlett, Ramesh e Perl (2013), isto é, nas fases de formação da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. Essa opção está de acordo com as ideias de Walt e Gilson (2004), que pressupõem uma significativa influência dos atores em todo o processo da política. Todavia, corroborando as ideias de Araújo Júnior (2000), que categorizou o modelo proposto por Walt e Gilson (2004), colocando a política como elemento central no desenvolvimento das políticas públicas, em cada tópico abordado também ressaltaremos os aspectos políticos imbricados e determinantes do desenvolvimento da Rede Cegonha.

Consideramos importante relembrar o tênue limite entre as etapas do ciclo da política, conforme compreende Rodrigues (2011). Nesse sentido, destacamos que a divisão do ciclo da política em fases é mais um recurso analítico e que determinados processos característicos de uma fase podem se estender a outras.

7.1 O contexto de formulação e implementação da Rede Cegonha

De acordo com as interpretações de Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), as políticas são formuladas e implementadas em realidades multifacetadas. Uma variedade de aspectos de uma tal realidade interagem em um contexto particular que influenciam todo o processo da política. Consequentemente, compreender o contexto de uma determinada política é útil para entender a complexidade do seu desenvolvimento.

Nesta pesquisa analisaremos o contexto a partir das subcategorias macrocontexto e microcontexto, propostas por Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), e que se destinam a operacionalizar os amplos aspectos abordados numa análise contextual. No macrocontexto, serão abordados aspectos da esfera política, econômica e social. No microcontexto, contemplaremos o setor da saúde, as finanças setoriais e os problemas de saúde no campo da atenção materna e infantil para que se possa compreender a adequação e necessidade da política a ser implementada.

7.1.1 A influência do macrocontexto no desenvolvimento da Rede Cegonha

Em 2011, primeiro ano do governo da presidenta Dilma Rousseff, o Brasil vivia a continuidade das políticas macroeconômicas e sociais adotadas pelo presidente Lula (2003-2010), ambos filiados ao Partido dos Trabalhadores-PT.

Morais e Saad-Filho (2011) analisam que, passados os primeiros anos do primeiro mandato, a partir de 2006, o presidente Lula adotou iniciativas e políticas que se mesclaram às políticas macroeconômicas neoliberais, delineando-se então, a política econômica híbrida que caracterizou o seu governo até 2010. Tal política, denominada de “neodesenvolvimentismo”, persistiu no governo de sua sucessora, Dilma Rousseff, a partir de 2011.

Em linhas bem gerais, Sicsú, Paula e Michel (2005) definem o “neodesenvolvimentismo” como macropolítica que se fundamenta nas seguintes prerrogativas: a sustentação do mercado e o crescimento dependem de um Estado forte e promotor de políticas macroeconômicas adequadas; o mercado e Estado fortes só serão construídos por meio de um projeto nacional de desenvolvimento que compatibilize crescimento com equidade social; a redução das desigualdades depende do crescimento econômico. Os autores definem ainda “Estado forte” como aquele capaz de regular os mercados e abrigar empresas grandes e pequenas, promover o acesso à livre concorrência e

que assegure a equidade de oportunidades aos produtores e consumidores. Reiteram que essas atividades, no modelo neodesenvolvimentista, são funções precípuas da regulação estatal.

Alguns estudos recentes (BARBOSA; SOUZA, 2010; MORAIS; SAAD-FILHO, 2011; TEIXEIRA; PINTO, 2012) apresentam os principais resultados da política macroeconômica dos governos Lula e Dilma. Em brevíssimas palavras, destacam que esse período governamental propiciou crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), redução do número de famílias abaixo da linha de pobreza, manutenção da estabilidade macroeconômica, isto é, controle da inflação, redução do endividamento do setor público e diminuição da vulnerabilidade das contas externas do país diante de choques internacionais.

A discussão acerca dessa política econômica, de suas estratégias e desempenho, vem sendo explorada no campo da Economia Política, mas foge ao alcance desta pesquisa. Limitamo-nos a apontar alguns indicadores socioeconômicos apresentados ao final do governo Lula para compreender o contexto econômico de formulação da Rede Cegonha, que se inicia ainda durante as eleições presidenciais de 2010. Optamos por mostrar uma série histórica desses indicadores (2002 a 2015), uma vez que, não apenas inclui o período de implementação da Rede Cegonha, a partir de 2011, mas favorece uma visão mais ampla e cuidadosa do contexto analisado. Os indicadores apresentados são comumente utilizados na composição de diagnósticos situacionais de saúde e estão descritos nas Tabelas 01, 02, 03, 04, 05, 06,07,08,09:

Tabela 1– Crescimento do PIB, Brasil – 2002-2009

Indicador econômico/Ano	PIB Brasil (R\$ trilhões)	PIB var.% real)	PIB percapta
2002	1.477.822	2,7	13.326
2003	1.699.948	1,1	13.295
2004	1.941.498	5,7	13.871
2005	2.147.238	3,2	14.131
2006	2.369.797	4	14.520
2007	2.661.344	6,1	15.232
2008	3.004.881	5,1	15.847
2009	3.071.767	-1	15.531

Fonte: Adaptado de Barbosa e Souza (2010).

Tabela 2 – Crescimento do PIB, Brasil – 2010-2015

Indicador econômico/Ano	PIB Brasil (R\$ Trilhões)	PIB (valor % real)*	PIB per capita Em R\$
2010	3.886	5,69	19.878
2011	4.374	3,54	22.157
2012	4.806	2,48	24.121
2013	5.316	2,55	26.445
2014	5.687	-0,31	28.048
2015	5.904	-5,76	28.876

Fonte: Adaptado de Barbosa e Souza (2010).

Tabela 3 – Salário e emprego, Brasil – 2010-2015

Indicador econômico/Ano	Salário mínimo nominal, valor no final do ano em R\$	Variação % do Salário mínimo	Taxa de desemprego no país	Taxa de desemprego nas regiões metropolitanas.
2010	510,00	9,67%	5,3%	5,3
2011	545,00	6,86%	4,7%	4,7
2012	622,00	14,13	6,9%	4,6
2013	678,00	9,00	6,20	4,3
2014	724,00	6,79	6,5	4,3
2015	788,00	8,84	9,0	6,9

Fonte: IBGE (2016)

Tabela 4 – Indicadores de desigualdade na distribuição da renda domiciliar per capita-Brasil 2004-2014

Ano	Gini	GE(0,01)	GE(1,01)	GE(2)
2004	0,570	0,594	0,653	1,620
2005	0,567	0,586	0,648	1,542
2006	0,561	0,573	0,633	1,511
2007	0,554	0,555	0,609	1,394
2008	0,544	0,533	0,589	1,382
2009	0,540	0,526	0,583	1,455
2011	0,529	0,505	0,555	1,285
2012	0,526	0,496	0,574	1,986
2013	0,525	0,493	0,545	1,219
2014	0,515	0,478	0,531	1,274

Fonte: Ipea (2014)

Tabela 5 – Média da renda domiciliar per capita- Brasil 2004-2014

Ano	Em R\$/mês(junho,2011)		Em US\$/dia (PCC,dezembro, 2011)	
	Média	Erro (I.C. 95%)	Média	Erro (I.C. 95%)
2004	R\$ 549,83	±11,43	US\$ 11,13	±0,23
2005	R\$ 582,71	±12,20	US\$ 11,80	±0,25
2006	R\$ 637,71	±13,43	US\$ 12,91	±0,27
2007	R\$ 655,30	±13,41	US\$ 13,27	±0,27
2008	R\$ 686,06	±13,12	US\$ 13,89	±0,27
2009	R\$ 705,32	±13,30	US\$ 14,28	±0,27
2011	R\$ 747,93	±13,28	US\$ 15,14	±0,27
2012	R\$ 806,86	±16,38	US\$ 16,33	±0,33
2013	R\$ 836,02	±15,33	US\$ 16,92	±0,31
2014	R\$ 861,23	±15,96	US\$ 17,44	±0,32

Fonte: Ipea (2014)

Tabela 6 –Taxa de pobreza extrema segundo os critérios do Plano Brasil sem Miséria – Brasil 2004-2014

Ano	Em R\$70/mês (junho,2011)		Em R\$ 77/mês (junho,2014)	
	Taxa	Erro (I.C. 95%)	Taxa	Erro (I.C. 95%)
2004	7,38%	±0,37	6,70%	±0,35
2005	6,80%	±0,34	5,71%	±0,31
2006	5,61%	±0,29	4,79%	±0,27
2007	5,48%	±0,35	5,03%	±0,34
2008	4,60%	±0,26	4,07%	±0,25
2009	4,46%	±0,27	4,04%	±0,25
2011	4,13%	±0,22	3,80%	±0,21
2012	3,48%	±0,19	3,21%	±0,18
2013	3,79%	±0,20	3,53%	±0,20
2014	2,71%	±0,15	2,48%	±0,14

Fonte: Ipea (2014)

Os números demonstram um contexto nacional de crescimento econômico e desenvolvimento social, com aumento do PIB, valorização do salário mínimo, redução do percentual de famílias na pobreza e diminuição da taxa de desemprego, ao longo do governo Lula e primeiro mandato do governo Dilma Rousseff (BARBOSA; SOUZA, 2010; MORAIS; SAAD-FILHO, 2011; IPEA, 2014). No entanto, a adoção dessa política macroeconômica, com fomento a algumas políticas redistributivas, ensejou conflitos de interesses, com divergências entre os blocos de poder econômico e político, acarretando numa grave crise política e econômica no país que se tornou mais evidente a partir de 2013. Conforme bem lembra Souza (2002), as políticas redistributivas atingem maior número de pessoas e impõem perdas concretas e no curto prazo para certos grupos sociais e ganhos futuros, sendo, portanto, as políticas de mais difícil encaminhamento

A vinculação dessa intrínseca relação da política macroeconômica com os condicionantes políticos toma como referência as ideias de Teixeira e Pinto (2012), para quem a adoção de determinada política econômica decorre dos condicionantes externos que, no caso

brasileiro, se vincula à sua condição periférica e dependente da economia mundial; aos condicionantes internos, associados aos conflitos de interesses econômicos e políticos das frações de classe nos blocos de poder e em seus desenlaces no Estado.

Teixeira e Pinto (2012) analisam que o crescimento da crise no Governo Dilma, teve forte influência das fissuras na hegemonia da fração bancário-financeira. Tais fissuras, devem-se tanto ao fortalecimento de outras frações (segmentos exportadores e de parte da indústria nacional), iniciado nos últimos anos do governo Lula, como às tentativas de mudanças nas relações entre o sistema financeiro e o Estado brasileiro (política monetária menos ortodoxa com redução mais rápida da Selic, redução dos juros dos bancos públicos etc.), no primeiro governo Dilma Rousseff.

Em 2014, com a eleição de Dilma Rousseff para o seu segundo mandato para a presidência da república, as disputas se ampliaram. Entre 2014 e 2015, em meio ao agravamento dos conflitos de interesses entre os grupos políticos em disputa, evidencia-se um aumento da crise, notadamente expressa pelas mudanças na tendência de crescimento do PIB e aumento do desemprego.

Retomando as ideias de Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), compreendemos que os interesses em torno dos blocos de poder e grupos políticos aparecem como um elemento chave para a análise do contexto das políticas públicas. No caso deste estudo, são elementos cruciais para compreender o desenvolvimento da política Rede Cegonha, implantada no primeiro semestre do governo Dilma. Partiremos então para a análise das articulações desse macrocontexto com o microcontexto, circunscrito ao setor saúde. Destacaremos a questão das finanças setoriais para, daí, entender os problemas de saúde e as finanças no campo da atenção materna e infantil. Igualmente, abordaremos a influência do cenário político na implementação da Rede Cegonha em âmbito local.

7.1.2 A influência do microcontexto no desenvolvimento da Rede Cegonha

A melhoria dos indicadores macroeconômicos no país nos governos Lula e Dilma não teve correspondência significativa na ampliação dos percentuais de recursos federais destinados ao SUS. De acordo com Soares e Santos (2014), o gasto per capita do governo federal com ações e serviços públicos de saúde cresceu, porém com taxa bem abaixo do crescimento do PIB. Os percentuais dos gastos federais com saúde, quando comparados aos valores do PIB, no período, mantiveram-se lineares e em patamares muito semelhantes aos do governo FHC, conforme demonstra a tabela 8.

Tabela 7 - Gasto federal com Ações e Serviços Públicos de Saúde - Brasil 1995-2012
valores Anuais

Períodos	Gasto Federal ASPS* per capta	Variação %	PIB per capta	Variação %	% PIB
Média 1995-1998	222,54	-	13.907,46	-	1,6
Média 1999-2002	251,41	13,0	14.685,03	5,6	1,7
Média 2003-2006	276,81	10,1	16.423,63	11,8	1,7
Média 2007-2010	339,90	22,8	20.201,75	23,0	1,7
Média 2011-2012	400,06	17,7	22.448,27	11,1	1,8
Média 1995-2012	286,82	..	16.987,11
5º/1º Período	79,77%	..	61,41%

Fonte: Soares e Santos (2014)

Nesse cenário, no governo Dilma Rousseff, ampliam-se as reivindicações em torno da necessidade de enfrentar o subfinanciamento do SUS e de fixar o percentual a ser aplicado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Essas reivindicações se fortaleceram sobretudo diante da gradativa redução percentual dos gastos federais e ampliação dos gastos estaduais e municipais no financiamento do SUS (Tabela 9 e 10).

Tabela 8 – Gasto Público em Saúde/ASPS (% PIB) – Brasil 2004-2014

Ano	União	Estados	Município	Total
2004	1,68%	0,88%	0,84%	3,40%
2005	1,68%	0,91%	0,93%	3,52%
2006	1,68%	0,95%	0,98%	3,62%
2007	1,68%	0,95%	0,97%	3,61%
2008	1,61%	1,00%	1,04%	3,65%
2009	1,74%	0,97%	1,04%	3,75%
2010	1,59%	0,96%	1,01%	3,56%
2011	1,65%	0,95%	1,05%	3,65%
2012	1,66%	0,93%	1,08%	3,68%
2013	1,60%	0,99%	1,13%	3,72%
2014	1,65%	1,01	1,18%	3,85%

Fonte: Brasil (2016)

Tabela 9- Gasto público com saúde, participação dos entes federados Brasil 1990-2014

Anos	Participação%		
	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,10
2000	58,60	20,20	21,20
2010	44,97	26,77	28,26
2012	45,80	25,31	28,89
2014	43%	26%	31%

Fonte: Adaptado de Soares e Santos (2014);

Em 2012, o Governo Federal, através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, manteve as regras da Emenda Constitucional 29. Tal emenda determina os montantes mínimos da arrecadação dos impostos a serem destinados para as ações e serviços de saúde: 15% para os municípios; 12% para os estados e, no caso da união, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

A não definição de um percentual mínimo fixo para a união, de fato, manteve o histórico subfinanciamento do SUS e os percentuais de investimentos em saúde destinados por cada ente federado. Nesse contexto, nos anos de 2013 e 2014, cresceram as mobilizações em defesa de um maior financiamento por parte do governo federal para o SUS. O movimento denominado “Saúde+10” apresentou o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC n. 321/2013) ao Congresso Nacional em prol da aplicação mínima de 10% da Receita Corrente Bruta

(RCB) da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016). O documento contou com aproximadamente 2 milhões de assinaturas.

De acordo com Santos, Delduque e Alves (2016), em 2015, há fatos novos na definição do financiamento do SUS:

i) Emenda Constitucional (EC) 86/2015; (ii) o desarquivamento do projeto de lei por iniciativa popular (PLP) 321/2013 (Saúde +10); (iii) as tentativas de ressurreição da Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF), Contribuição à Seguridade Social (CSS); (iv) o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 01-A/2015; (v) a crise econômica nacional e o Projeto de Lei Orçamentário Anual (PLOA) 2016 (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016, p.1-2).

Sobre as implicações dessas medidas no aporte de recursos para o SUS, as autoras alertam que a EC 86/2015 alterou o modelo de financiamento proposto pela EC 29/2000 na medida em que torna as emendas parlamentares impositivas, incluindo-as no cômputo das despesas em saúde. O prejuízo ao financiamento do SUS, nesse caso, deve-se ao fato de que tais recursos passam a ser incorporados ao teto de aplicação financeira em saúde (15% da RCL da União), não correspondendo a incremento de recursos e ainda implicando em perdas. Ademais, a destinação das emendas parlamentares às suas bases não guarda, necessariamente, compatibilidade com os planos de saúde, e conseqüentemente reduzem e fragilizam a capacidade organizativa do gestor sanitário (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

No que corresponde à tramitação da PEC 01/2015, que visou alterar o art. 198 da Constituição Federal, as autoras esclarecem que o documento propôs valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União em ASPS, os quais passariam a obedecer aos percentuais de 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, em cinco exercícios. Nesse caso, atentam para o fato de que a referida PEC, além de desconsiderar o Projeto de Lei Complementar por iniciativa popular (PLP) 321/2013 (Saúde +10), que reivindicou a ampliação dos recursos com base na RCB, definiu um escalonamento que ampliaria o tempo para a destinação de recursos, mesmo diante de um agonizante subfinanciamento do SUS.

Ainda que a PEC 01/2015 não respondesse a real necessidade de ampliação dos recursos federais para o SUS, entidades como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e COSEMS/PE aprovaram o documento tendo em vista que o mesmo minimizaria o subfinanciamento do SUS e permitiria a ampliação gradativa de recursos. A questão foi abordada na Moção de repúdio nº 02 de 05 de maio de 2016 do CNS, posteriormente publicada por aquele órgão, e que trata das medidas em tramitação relativas ao financiamento do SUS:

Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com várias entidades nacionais, participou de forma exitosa do processo de negociação entre deputados dos partidos da base do governo e de oposição para a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 01/2015 em primeiro turno na Câmara dos Deputados, que amplia o percentual de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde até 19,2% das receitas correntes líquidas no prazo de sete anos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016, p. 1).

Sobre a mesma questão, o COSEMS-PE emitiu a “Nota em apoio à aprovação da PEC 01/2015”:

Considerando que a PEC 01/2015 teve como base a iniciativa popular Saúde +10, promovida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em conjunto com movimentos sociais e a participação efetiva da sociedade; [...] Lamentavelmente, nesse mesmo ano, foi aprovada pelo Congresso Nacional a EC 86, que dispõe sobre o orçamento impositivo e estabelece como percentual de recursos da União vinculados à saúde, 15% das receitas correntes líquidas em cinco anos.[...] Isso agrava o subfinanciamento não só pela diminuição dos recursos federais, mas também pela criação da emenda impositiva que tira da saúde o que era para ser transferido automaticamente para os orçamentos municipais e estaduais, ficando a depender de emendas parlamentares, e elimina a possibilidade de acréscimo ao orçamento da saúde que viria do montante de 25% das receitas oriundas da exploração do Pré-Sal. [...] Portanto, pedimos a todos(as): secretários(as), gestores(as), Sanitaristas, Conselheiros(as), Trabalhadores(as), usuários(as) e militantes do SUS para que se mobilizem por meio de articulação, contatos, e-mails e telefonemas aos gabinetes dos parlamentares recomendando a aprovação da PEC 01/2015 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2016, p. 2).

Com o agravamento da crise econômica e política no país ao final de 2015, a PEC 01/2015 não tramitou até a aprovação, mesmo com parecer aprovado pela Comissão Especial da Câmara Federal, em outubro daquele ano. Ao contrário, foram ampliadas as medidas de austeridade financeira que agravaram o subfinanciamento do SUS, com repercussões que merecem novos estudos.

O processo de consolidação e aprimoramento do SUS passa necessariamente pela alocação adicional de recursos e estabilidade das suas fontes de financiamento. Nesse sentido, a questão específica da estruturação das redes regionais de atenção materna e infantil não pode ser compreendida de forma descolada dos problemas do financiamento do SUS.

De acordo com publicações do MS, a previsão inicial de recursos financeiros para a Rede Cegonha, entre 2011 e 2016, foi de 9,4 bilhões (BRASIL, 2011d). Todavia, a forma como os recursos são alocados por meio dos blocos de financiamento (Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimentos na Rede de Serviços de Saúde) não permite discriminar de forma precisa os valores destinados à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, esses recursos estão de fato distribuídos no conjunto desses blocos.

Partindo para uma análise do contexto local, a participação do Recife no financiamento das ASPS vem sendo ampliada, conforme descrito nos quadros 7 e 8:

Quadro 7 -Montante de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita do município. Recife – 2011-2015

Ano	Receitas e despesas em ações e serviços públicos de saúde	Valor
2011	Receitas do município realizadas	R\$ 2.678.577.608,47
	Valor aplicado em ações e serviços púb. de saúde sobre a receita do município (Despesas com recursos próprios)	R\$ 308.705.477,98
	% Limite constitucional	15,11%
2012	Receitas do município realizadas	R\$ 2.569.591.949,26
	Valor aplicado em ações e serviços púb. de saúde sobre a receita do município (Despesas com recursos próprios)	346.726.301,49
	% Limite constitucional	15,14%
2013	Receitas do município realizadas	R\$ 2.460.447.641,05
	Valor aplicado em ações e serviços púb. de saúde sobre a receita do município (Despesas com recursos próprios)	R\$ 399.551.977,60
	% Limite constitucional	16,24%
2014	Receitas do município realizadas	R\$ 2.733.016.158,08
	Valor aplicado em ações e serviços púb. de saúde sobre a receita do município.	R\$ 419.112.837,69
	% Limite constitucional	15,34%
2015	Receitas do município realizadas	R\$ 2.788.579.159,96
	Valor aplicado em ações e serviços púb. de saúde sobre a receita do município (Despesas com recursos próprios)	R\$ 471.878.305,78
	% Limite constitucional	16,92 %

Fonte: Recife (2016c)

Quadro 8 - Despesa total e per capita com ações e serviços públicos de saúde Recife 2011-2015

ANO	Total das despesas com ASPS (em R\$)	Despesa total /hab (em R\$)	Despesa com recursos próprios /hab (em R\$)
2011	573.277.762,00	370,69	199,61
2012	654.336.008,09	420,78	222,97
2013	792.502.500,67	495,46	249,80
2014	923.857.492,97	574,36	260,56
2015	973.716.396,52	602,11	291,79

Fonte: Recife (2016c)

No Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de PE - 2012-2014, foram previstos recursos da ordem de 20 milhões de reais para obras, equipamentos e custeio de

leitos para a assistência ao parto na I região (PERNAMBUCO, 2012a). Na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2012 do Recife, a previsão orçamentária para estruturar as maternidades municipais foi de 2,7 milhões. Os valores deveriam ser repassados por convênios e contratos de repasses com o Governo Federal (RECIFE, 2012a). Esse valor não totaliza os gastos despendidos com a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, tendo em vista que a maior parte dos recursos está inserida nos orçamentos previstos em cada bloco de financiamento do SUS. As ações e metas da política e os recursos financeiros previstos e executados serão melhor discutidos no próximo capítulo, que trata do conteúdo da Rede Cegonha.

No que se refere ao contexto político, do ponto de vista da composição partidária, em 2011 havia uma composição de esquerda, liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que favoreceu a implantação da Rede Cegonha em Pernambuco e no Recife.

O governo Dilma Rousseff, em 2011, adotou o fortalecimento das redes temáticas de atenção à saúde como uma das prioridades para o setor. A Rede Cegonha foi lançada, ainda durante o processo eleitoral de 2010, como uma proposta da então candidata à presidência da república para ampliar e melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. O tema ganhou expressão no debate eleitoral diante da polêmica em torno da discriminilização do aborto (ALMEIDA; BANDEIRA, 2013). Ainda no primeiro semestre do governo Dilma, foi publicada a portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que previu recursos financeiros para obras e custeio de serviços no campo da assistência materna e infantil.

Em Pernambuco, configurava-se uma aliança partidária entre PT e Partido Socialista Brasileiro (PSB) que pode ser compreendida como um elemento facilitador para a construção de pactos em torno da organização da Rede Cegonha no estado. Naquele contexto, Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a aderir à Política. A questão se apresenta em matéria jornalística e entrevista:

O estado de Pernambuco é o primeiro estado brasileiro a aderir ao programa Rede Cegonha, lançado pelo Ministério da Saúde em março deste ano para garantir atenção segura e humanizada às mães e aos bebês. Nesta sexta-feira (6), o ministro Alexandre Padilha e o governador do estado, Eduardo Campos, assinaram termo de compromisso para implantação da iniciativa. A princípio, a primeira medida será a expansão de leitos para atendimento de gestantes e recém-nascidos, construção de maternidades e a qualificação da assistência nas unidades existentes (PERNAMBUCO..., 2011).

Esse percurso foi de 2011 pra 2012. Pernambuco foi um dos estados que primeiro aderiu, porque o secretário da época disse “eu quero”, colocou o povo dele pra trabalhar e desenhar a rede. Então trabalharam a primeira região, depois foram desenhando as outras (E 11).

Entre os anos de 2011 e 2012, ocorreu o processo de elaboração e homologação dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha em PE, nos quais foram elaborados os desenhos de rede e previstos recursos para implantar e estruturar serviços para a assistência ao parto no estado. Todo esse processo foi conduzido por gestores da SES/PE, por meio do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha e grupos condutores regionais e será tratado no capítulo sobre processo de implementação da política.

Quanto ao Recife, cabe agora registrar que a implantação da política se dá no primeiro ano do governo da presidenta Dilma e terceiro ano do mandato do prefeito João da Costa, ambos filiados ao PT. O grupo gestor que estava à frente da Secretaria de Saúde do Recife tinha como prioridade, para o campo da atenção materna e infantil, a implantação de 03 Centros de Parto Normal nas dependências das maternidades municipais e reforma dessas três maternidades e implantação de uma CGBP na Maternidade Bandeira Filho. Essas eram as ações estruturadoras previstas no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco, elaborado em 2012. Todavia, ao final de 2012, os trâmites burocráticos para o recebimento dos recursos captados juntamente ao MS ainda não haviam sido cumpridos. No mesmo ano, rompe-se a histórica aliança entre PT e PSB e, a partir de 2013, novas alianças políticas se configuram no estado. No Recife, Geraldo Júlio (PSB) assumiu a prefeitura, postulando-se, assim, novas prioridades para a saúde do município.

[...] Mas em 2012 foi eleição para os municípios, que é o que dificulta, porque enquanto você ainda está num processo de terminar de construir e desenhar essa rede vem o processo eleitoral e todas as pactuações travadas até então mudam (E13).

Com a mudança do grupo político na prefeitura do Recife em 2013, foram alteradas as prioridades com relação ao desenho da Rede Cegonha no município. A estruturação das maternidades voltadas para a assistência ao parto de risco habitual, previstas no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco, deu lugar à construção de um serviço de alto risco, o Hospital da Mulher do Recife Maria Mercedes Pontes.

Quando o prefeito ganhou a eleição e as propostas de campanha viraram programas de governo, o Hospital da Mulher teve um apoio político muito grande. Já em 2012, o então candidato e todo o grupo político tinham uma articulação pra que os parlamentares do Estado de Pernambuco fizessem indicação de recursos de emendas federais, individuais e de bancada, pra colocar recursos nessa obra. Já em 2012, conseguiu-se acumular algo em torno de 44 milhões para essa obra (E 16).

[...] Eu não diria que há falta de prioridade na execução dos recursos da Rede Cegonha para as três maternidades. Mas o hospital da Mulher tem uma outra conotação política porque é uma proposta de governo. Foi proposta de campanha. Dentro da estrutura gerencial e administrativa da prefeitura essa obra tem outro

status. Para todas as obras prioritárias do governo, a prefeitura conta com uma estrutura técnica e gerencial própria, que é o Gabinete de Projetos Especiais, que cuida especificamente das grandes obras, das grandes marcas, aquelas que o governo se comprometeu a entregar à população (E 16).

No capítulo sobre o conteúdo da Rede Cegonha trataremos, de forma mais detalhada, acerca do desenho de rede previsto no Plano de Ação da Rede Cegonha na I Região e das análises técnicas acerca da necessidade de ampliação da oferta de serviços de atenção ao parto de alto risco e de risco habitual, no Recife e na I Região.

A fala de um ex-gestor entrevistado revela divergências entre as concepções e prioridades dos dois grupos políticos à frente da SS, no período do estudo:

Eu como gestor, independente de qualquer partido, não faria uma maternidade do chão, com um custo alto desse. Eu requalificaria todas as maternidades do município, ampliaria uma delas e ofertaria alto risco e tentava fazer uma regulação obstétrica melhor, regional. Mexia mais na organização do processo de trabalho e na rede regional e ampliaria de acordo com as necessidades (E11).

No capítulo que trata do processo e influência dos atores no desenvolvimento da Rede Cegonha, retomaremos aspectos acerca da influência do contexto, em âmbito local. Conforme já tratado, na concretude dos processos de implementação das políticas públicas, há uma imbricada relação entre influência de atores e contexto. Discutiremos tais inter-relações à medida que tratarmos do processo de tomada de decisão e da implementação das ações planejadas. Antes de adentrar nessa discussão analisaremos, no próximo tópico, o conteúdo da Rede Cegonha.

7.2 Análise do conteúdo da Rede Cegonha

De acordo com Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), o conteúdo é o corpo de uma política que se expressa através de todos os seus componentes, tais como: identificação dos problemas a serem enfrentados, programas, projetos, atividades específicas, metas, objetivos, recursos necessários e resultados obtidos ou possíveis.

Neste tópico, apresentaremos o conteúdo da Rede Cegonha tomando como referência as ideias de Araújo Júnior e Maciel Filho (2001). Assim, a partir dos dados coletados identificaremos os objetivos, o conjunto de medidas, os parâmetros para definição da oferta e qualidade dos serviços prestados, as metas e os recursos disponíveis para a estruturação e qualificação da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife.

Os achados da pesquisa apontaram para pelo menos três elementos importantes na compreensão do conteúdo da Rede Cegonha: a vinculação com os princípios do SUS, os

preceitos da humanização da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento e as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde.

Identificou-se a participação central do nível federal na formulação da Rede Cegonha. Por isso, para compreender o conteúdo dessa Política, no Recife, os dados coletados foram cotejados com as diretrizes, princípios, objetivos, ações e metas traçados nacionalmente. Foram identificadas similaridades e distinções entre o conteúdo da Política em âmbito nacional e local. Para analisar a coerência das ações adotadas e a potencialidade para atingir os objetivos propostos, os dados das entrevistas e documentos foram analisados à luz das referências consultadas.

Ainda que seja pertinente apresentar os resultados alcançados pelas políticas públicas, no seu conteúdo, conforme ideias de Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), nesta pesquisa, optou-se por apresentá-los no tópico referente à análise do processo da Política, especificamente na fase de avaliação.

7.2.1 Apresentando a Rede Cegonha

Dois principais documentos esclarecem o escopo de atuação da Rede Cegonha: a Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 e o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha, também publicado pelo MS em 2011. Os documentos estabelecem diretrizes, princípios, objetivos, ações e metas nacionais para a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento, além de estabelecerem pré-requisitos e fases para a operacionalização da Rede Cegonha, em âmbito municipal e regional.

Para justificar a implantação da Rede Cegonha, o MS apresentou problemas cruciais no campo da atenção materna e infantil que são também apontados em diversos estudos sobre o tema (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014; BRASIL, 2011a; MAIA, 2010; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005) e que retratam a realidade da grande maioria dos municípios brasileiros.

Os documentos enfatizam os problemas referentes às altas razões de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal; às dificuldades do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança; à fragilidade da rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames pré-natais; à peregrinação de parturientes em busca de atendimento no momento do parto; à utilização de práticas que não estão baseadas em evidências científicas na assistência ao parto e

nascimento; à incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos (BRASIL, 2011a, 2011b).

A Rede Cegonha se fundamenta nos seguintes princípios, diretrizes e objetivos:

A) Princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011a).

B) Diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

C) Objetivos:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente Neonatal (BRASIL, 2011a, p.2-3).

Percebe-se que a Política é essencialmente focada na atenção materna e infantil, guardando clara correlação com os princípios básicos do SUS, com as questões referentes aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e de gênero, com a humanização da atenção à saúde e os princípios de organização das redes regionais de atenção à saúde.

No Recife, conforme ocorreu com os demais municípios pernambucanos, o Plano de Ação da Rede Cegonha adequou-se a proposta nacional e regional. O município se adequou ao modelo de adesão à Política adotado em Pernambuco: a adesão regional. Nessa modalidade de adesão, prevista na Nota Técnica Conjunta/12 do Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do MS, os municípios devem elaborar seus planos de ação em consonância com os Planos de Ação Regionais.

O Plano Municipal de Ação da Rede Cegonha no Recife foi elaborado em oficinas macrorregionais, coordenadas pela SES/PE.

Começamos esses seminários no final de 2011 e, de lá pra cá, a gente vem trabalhando por regional, fazendo oficinas regionais. Nas oficinas todos os

municípios entravam no SISPAR, que é o Sistema de Informação da Rede Cegonha, pra registrar seus planos. [...] Recife também fez seu plano. Depois, partindo desses planos de ação municipais, foram feitos os Planos de Ação Regionais (E 2).

Ainda que os relatos identifiquem a existência de um Plano de Ação da Rede Cegonha do Recife, durante a coleta de dados deste estudo o mesmo não foi identificado. Por isso, para compreender o conteúdo da Política no município, adotou-se como referência as ações previstas no Plano de Ação da Rede Materno-Infantil da Região de Saúde de Pernambuco Rede Cegonha da I GERES 2012-2014. Também foram identificadas as ações relativas à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento nos documentos da gestão municipal tais como: Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde, Leis Orçamentárias Anuais, Relatórios Anuais de Gestão, Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, Balanços de Gestão.

O Plano de Ação da Rede Materno Infantil da Região de Saúde de Pernambuco - Rede Cegonha – I GERES-2012-2014 apresenta dois objetivos específicos:

Ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral a mulher aos serviços de saúde da I Regional de forma ágil e oportuna, de maneira compartilhada e solidária, garantindo a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. Estabelecer fluxo assistencial de acordo com a remodelagem da rede Materna infantil pactuada em CIB (PERNAMBUCO, 2012, p. 5).

O documento apresenta um desdobramento dos objetivos traçados nacionalmente e estabelece os fluxos assistenciais e metas para ampliação, estruturação e funcionamento de serviços de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento, por região, e por município.

No próximo tópico, apresentaremos os objetivos, ações estratégicas e metas da Rede Cegonha, cotejando o conteúdo identificado nos documentos oficiais da Secretaria de Saúde do Recife, com os documentos ministeriais e o Plano de Ação da Rede Materno-Infantil da Região de Saúde de Pernambuco – Rede Cegonha – I GERES-2012-2014. Partiremos então para uma discussão acerca da coerência interna da política à luz dos princípios e diretrizes propostos.

7.2.1.1 O escopo de atuação da Rede Cegonha em âmbito nacional e local

O MS propõe que a Rede Cegonha se desenvolva mediante um conjunto de ações organizado em quatro componentes de atuação: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Para cada um desses componentes está previsto um conjunto de ações estratégicas. Nesta pesquisa,

tratamos dos dois primeiros componentes, o pré-natal e o parto e nascimento, com as seguintes ações previstas:

I COMPONENTE PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (BRASIL, 2011a , p.3).

II - COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011 a, p. 4).

Inicialmente o MS traçou metas nacionais para ampliação da cobertura e melhoria da atenção ao pré-natal e para a ampliação da oferta de leitos entre os anos de 2011 e 2016. Em linhas gerais, foram estabelecidas as seguintes metas:

- a) Oferta de serviços para atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento: Expansão da cobertura do pré-natal: 30% em 2011; 50% em 2012; 70% em 2013; 100% em 2014; Aumento do número de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante Bebê e Puérpera: 40% em 2011; 60% em 2012; 80% em 2013 e 100% em 2014; Ampliação da oferta de leitos: 10% em 2011; 30% em 2012; 50% em 2013; 70% em 2014 – 90% em 2015 e 100% em 2016 (BRASIL, 2011a, 2014);

- b) Custeio de serviços: Custear 100% dos novos exames pré-natais e 100% do fornecimento de kits para as Unidades Básicas de Saúde e para as gestantes; Custear 100% (custeio/ano) dos Centros de Parto Normal (repassa fundo a fundo); Custear 100% das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (repassa fundo a fundo); Custear 100% dos Leitos Canguru (repassa fundo a fundo); Custear 80% da ampliação e qualificação dos leitos para gestante de Alto Risco-GAR (repassa fundo a fundo) (BRASIL, 2011a, 2011b);
- c) Investimentos para implantação e estruturação de unidades de atendimentos: destinar recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos (recursos repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/ GESCON/MS) (BRASIL, 2011a, 2011b);
- d) Destinar recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera; Centros de Parto Normal e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto (repasses fundo a fundo) (BRASIL, 2011a, 2011b).

A partir das ações e metas propostas, o MS estabeleceu parâmetros para avaliação dos resultados alcançados pela Rede Cegonha. Foi construída uma matriz diagnóstica com os indicadores a serem monitorados no campo da atenção materna e infantil. Além disso, foram definidos os parâmetros para cobertura dos exames pré-natais de gestantes de risco habitual e de alto risco e os valores monetários - investimentos e custeio - previstos para as ações e serviços da Rede Cegonha, conforme descritos nos quadros 9, 10, 11, 12, 13 e 14:

Quadro 9- Matriz Diagnóstica da política Rede Cegonha

(Continua)

Indicadores de Mortalidade e Morbidade	Incidência de sífilis congênita
	Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)
	Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária.
	Nascidos vivos segundo idade da mãe
	% de óbitos infantis-fetais investigados
	% de óbitos de mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados
Indicadores de Atenção	Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal
	Cobertura de Equipes de Saúde da Família
	Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe.
	% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação
	% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses
	% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada
	% de gestantes com todos os exames preconizados

Quadro 9- Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha

(Conclusão)

Situação da Capacidade Hospitalar Instalada	Nº de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde
	Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco
	Identificação dos leitos UTI neonatal existentes
	Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto.
Indicadores de Gestão	% de investimento estadual no setor saúde
	PDR atualizado
	PPI atualizada
	Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (III) ambulatorial
	Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

Fonte:Elaboração da autora a partir de dados da portaria 1.459 de 24 de junho de 2011

Quadro 10 - Relação dos novos exames de pré-natal preconizados pela Rede Cegonha

Exames gerais de pré-natal	Teste rápido de gravidez;
	Teste rápido de sífilis
	Teste rápido de HIV
	Cultura de bactérias para identificação (urina)
	Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina
	Ultrassom obstétrico para 100% das gestantes
	Proteinúria (teste rápido)
	Teste indireto de antglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo
Exames adicionais para gestantes de alto-risco:	Contagem de plaquetas
	Dosagem de proteínas (urina 24 horas)
	Dosagens de ureia, creatinina e ácido úrico
	Eletrocardiograma
	Ultrassom obstétrico com Doppler
	Cardiotocografia anteparto

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados da portaria 1.459 de 24 de junho de 2011.

Quadro 11- Parâmetros para realização de exames pré-natais conforme preconizado pela Rede Cegonha

AÇÕES	PARÂMETROS
Reuniões educativas. unid./gestante	4 reuniões/ gestante
ABO	1 exame / gestante
Fator RH	1 exame / gestante
Teste Coombs indireto para RH	1 exame para 30% do total gestantes
EAS	2 exames / gestante
Glicemias	2 exames / gestante
Dosagem de Proteinúria-fita reagente	1 exame para 30% do total de gestantes
VDRL	2 exames / gestante
Hematócrito	2 exames / gestante
Hemoglobina	2 exame / gestante
Sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestante
HBsAg	1 exame / gestante
Anti-HIV1 e anti-HIV2	2 exame / gestante
Eletroforese de hemoglobin	1 exame / gestante
Ultrassom obstetric	1 exame/gestante
Citopatológico cérvico-vaginal	1 exame / gestante
Cultura de bactérias (urina)	1 exame/gestante

Fonte: Elaboração da autora a partir da Portaria 650 de 5 de outubro de 2011.

Quadro 12- Parâmetros para realização de exames pré-natais de alto risco conforme previsto pela Rede Cegonha

AÇÕES	PARÂMETROS
Pré-natal alto risco*	15% das gestantes
Cons. Especializadas	5 consultas/gestante de alto risco
Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco
Ultrassom obstetric	2 exames/gestante de alto risco
ECG	1 exame para 30% do total de gestantes de alto risco
US Obstétrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco
Tococardiografia anteparto	1 exame/gestante de alto risco
Contagem de Plaquetas	1 exame para 30% do total de gestantes de alto risco
Dosagem de Ureia, Creatinina e Ac. Úrico	1 exame/gestante de alto risco
Consulta Psicossocial	1 exame/gestante de alto risco
Dosagem de proteínas-urina 24h	1 exame/gestante de alto risco

Fonte: Elaboração da autora a partir da Portaria 650 de 5 de outubro de 2011.

Quadro 13 – Memória de cálculo dos novos investimentos e custeio previstos pela Rede Cegonha

ITENS CUSTEADOS	VALOR PREVISTO
Construção Centros de Parto Normal	R\$ 350.000,00
Reforma Centros de Parto Normal	R\$ 200.000,00
Aquisição de equipamentos e materiais para Centros de Parto Normal	R\$ 150.000,00
Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera	R\$ 335.808,00
Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera:	R\$ 130.000,00
Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera:	R\$ 44.000,00
Custeio do Centro de Parto Normal	R\$ 80.000,00/mês
Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera	R\$ 60.000,00/mês
Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos.	R\$ 300.000,00 por serviço (R\$ 200.00,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos)
Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto	R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma)
Custeio dos novos leitos de UTI neonatal	Nº de leitos novos x R\$ 800,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)
Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes	Nº de leitos x R\$800,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).
Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos	Nº de leitos x 280,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)
Custeio dos novos leitos de UTI adulto:	Nº de leitos novos x R\$ 800, x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)
Custeio dos leitos de UTI adulto existentes	Nº de leitos x R\$800,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).
Custeio dos leitos Canguru	Nº de leitos x 80,00 x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%)
Custeio dos leitos novos GAR	Nº de novos leitos x 480,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)
Custeio dos leitos GAR existentes	R\$480,00 - o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH.

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados da portaria 1.459 de 24 de junho de 2011

Quadro 14 - Parâmetros e referenciais normativos para o cálculo de leitos e serviços destinados à assistência ao parto.

DADOS POPULACIONAIS LEITOS E SERVIÇOS	CÁLCULO	REFERENCIAL NORMATIVO/PARÂMETRO
População da região	Total da população/região	IBGE/SINASC/DATASUS
Nascidos Vivos	Total de nascidos vivos/Região	SINASC/DATASUS
Número esperado de nascidos vivos SUS dependentes	Total de Nascidos vivos x % de cobertura da pop. SUS dependente.	Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011/ Dados de cobertura de Saúde Suplementar – ANS.
Número esperado de gestantes	Total de Nascidos Vivos+ 10%	Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011/ Dados de cobertura de Saúde Suplementar – ANS ou 75% da população total
Número esperado de gestantes SUS dependentes.	Total de Nascidos Vivos SUS dependentes + 10%	Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011/ SINASC/ANS
Leitos obstétricos (Risco habitual)	85% do nº de gestantes usuárias do SUS x (média de perm (3) dias/Tx ocupação (0,85) x 365.	Nota técnica de 13/01/2012 e Memorando DAPES/SAS/MS; SINASC.
Leitos para Gestação de Alto Risco - GAR	15% do nº de gestantes usuárias do SUS x (média de permanência (5) dias/Tx ocupação (0,85) x 365	Nota técnica de 13/01/2012 e Memorando DAP ES/SAS/MS; SINASC/ANS
Leitos de UTI adulto para gestante*	6% dos leitos obstétricos de risco habitual.	Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012.
Leitos de UTI neonatal.	2 leitos para 1.000 nascidos vivos.	Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012.
Leitos de UCI Neonatal/ Canguru (UCINca)	01 leito para 1.000 nascidos vivos	Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012; SINASC.
Centro de Parto Normal	1 CPN - 100.000 a 350.000 habitantes; 2 CPN - 350.000 a 1 milhão habitantes; 3 CPN -1 a 2 milhões habitantes; 4 CPN - 2 a 6 milhões de habitantes.	Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011; IBGE/ SINASC
Casa da Gestante do Bebê e da Puérpera	1 CGBP para cada maternidade habilitada para gestação de alto risco.	Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011/

Fonte: Elaboração da autora

Tomando como referência o conteúdo da Rede Cegonha apresentado pelo MS, identificamos o conjunto de ações e metas para a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento contido nos documentos oficiais da SS do Recife. Foram compiladas as ações previstas nos Plano Municipais de Saúde dos períodos 2010 a 2013 e 2014 a 2017, já que contêm o período de análise do estudo (2011 a 2015) e as ações correspondentes nas Programações Anuais de Saúde, entre os anos de 2011 e 2015. O conjunto de dados está apresentado no Apêndice A desta pesquisa.

A partir do cruzamento de dados, teceremos considerações acerca da vinculação da Rede Cegonha com os três elementos que consideramos centrais no conteúdo da Política: os princípios do SUS, os preceitos da humanização da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento, as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde.

7.2.1.1.1 A vinculação da Rede Cegonha com os princípios do SUS

A Rede Cegonha postula a defesa da universalidade do acesso à saúde, à promoção da equidade, à integralidade da atenção e à participação e à mobilização social, princípios básicos do SUS que são reflexos dos avanços na concepção de saúde e na provisão de políticas sociais, a partir da Constituição de 1988.

As ações estratégicas para ampliar a oferta de serviços em toda a linha de cuidado das gestantes, desde o pré-natal, parto e nascimento e puerpério, previstas pela Rede Cegonha, são a expressão desses princípios no conteúdo da política.

A garantia do acesso aos serviços de saúde está vinculada a algumas dimensões específicas. Para Giovanella e Fleury (1996); Sanchez e Ciconelli (2012); Assis e Jesus (2012), o acesso se efetiva pela: 1) disponibilidade, dada pela relação entre o volume, os tipos de serviços existentes e as necessidades dos usuários; 2) acessibilidade, dada pela relação entre a localização da oferta e dos usuários; 3) adequação funcional, entendida enquanto o modo como os serviços estão organizados para atender os usuários e a capacidade dos usuários de adequarem-se a esses fatores; 4) capacidade financeira, isto é, a relação entre os preços dos serviços e a capacidade de pagar, ou a existência de seguro-saúde por parte do cliente; 5) aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários com relação às práticas dos (das) trabalhadores (as) nos serviços.

Ao propor uma organização do acesso a partir das redes regionalizadas de atenção à saúde, a Rede Cegonha pressupõe que o acesso abrange algumas dessas dimensões, mas, sobretudo, vincula-se ao direito universal das gestantes à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento seguros.

No que se refere à integralidade da atenção à saúde, as reivindicações no campo da atenção materna e infantil, desde o movimento pela reforma sanitária brasileira, que influenciou a formulação do SUS, não se descolaram da luta pela atenção integral à saúde da mulher. Nesse espectro, incluem-se às questões relativas aos direitos humanos, sexuais e às questões de gênero. Todos esses aspectos são referidos nos princípios da Rede Cegonha. No entanto, os achados da pesquisa apontam para a insuficiência das ações propostas pela política no que se refere à garantia dos direitos humanos, sexuais e à equidade nas questões de gênero.

Ao serem interrogados acerca do conteúdo da Rede Cegonha, vários (as) entrevistados (as) analisam o problema:

Esse nome Rede Cegonha foi criticado e virou até brincadeira. As pessoas banalizam essa questão, tratam como radicalismo, mas, pra quem tá dentro do movimento, não é assim! É o nome de uma ave, mas traz de volta a fantasia, a infantilização, exclui a discussão sexual, a sexualidade. Toda a discussão passa a ser sobre a mulher naquela fase sublime, sobre a mulher intocável, a grávida, a santa! Nesse contexto, a gravidez passa a ter que acontecer. Ninguém pensa que pode ser não desejada, que pode ser uma violência pra ela. Então a gente fica na mesmice. Mudam-se os nomes, sai o termo materno-infantil, vem a atenção humanizada, volta pra Rede Cegonha, mas tudo é a mesma coisa, o foco é no materno-infantil! (E 13).

A crítica aparece ainda mais explícita em trecho de matéria jornalística de Conceição Lemes, publicada na revista “Viomundo: o que você não vê na mídia”, na qual entrevista Télia Negrão, então secretária-executiva da Rede Feminista de Saúde e membra do Conselho Diretor da Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe (RSMLAC):

A portaria nº 1.459 tem vários considerandos que, a priori, contemplam quase todas as políticas e leis existentes. Porém, deixa de lado questões fundamentais, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, instituída no Brasil desde 1983 [chamava-se PAISM, agora PNAISM]. A PNAISM é a diretriz da nacional para atenção à saúde das mulheres. Prevê que a atenção à saúde reprodutiva das mulheres tem que contemplar as mulheres que querem e as não querem ter filhos. A portaria, portanto, não tem nos seus fundamentos o conceito da integralidade, previsto na PNAISM. Também não reafirma a política nacional dos direitos sexuais e reprodutivos. Nessa medida, rompe-se um preceito fundamental que continuamos a defender: qualquer política de saúde para as mulheres tem de estar no escopo da integralidade e na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (LEMES, 2011).

As críticas apresentadas ganham maior significado à medida que se constata que a Política não prevê recursos financeiros para as atividades educativas e formativas no campo dos direitos humanos, sexuais e equidade nas questões de gênero, nem outras ações que pudessem incrementar a atuação nesse campo. A Rede Cegonha, de fato, centra o seu escopo de atuação na assistência ao pré-natal, ao parto e nascimento e nos cuidados da criança até 02 anos, ainda que proponha em seus princípios uma atenção integral à mulher, capaz de promover os direitos sexuais e reprodutivos, numa perspectiva de equidade de gênero.

As críticas têm como pressuposto o fato de que a Rede Cegonha restringe a discussão da saúde sexual e reprodutiva ao direito à maternidade segura. Essa discussão vem sendo tratada pelo movimento de mulheres numa perspectiva emancipatória, vinculada aos direitos humanos, políticos e à equidade de gêneros. A Associação Mundial para a Saúde Sexual reconhece os direitos sexuais enquanto direitos humanos que devem assegurar: igualdade e não discriminação; a vida, a liberdade e a segurança pessoal; autonomia e integridade corporal; bem estar isento de tortura, tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante; isenção a todas as formas de violência ou coerção; privacidade; saúde sexual; experiências sexuais prazerosas, satisfatórias e seguras; benefícios do progresso científico e suas

aplicações; informação; educação sexual esclarecedora; o direito de constituir, formalizar e dissolver casamento ou outros relacionamentos similares; a decisão sobre ter ou não ter filhos, o número de filhos e o espaço de tempo entre eles; a liberdade de pensamento, a liberdade de associação e reunião pacífica, a participação em vida pública e política; a justiça (WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH, 2014).

Essa concepção é o resultado de um movimento mundial de politização da questão dos direitos sexuais e reprodutivos. No Brasil, a defesa por uma concepção politizada da saúde sexual e reprodutiva ocorreu desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Foi reforçada com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada 20 anos depois, em 2004. Com a PNAISM, foi adotada a definição de saúde reprodutiva defendida pela OMS, em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995 (OSIS, 1998).

Para algumas entrevistadas, o surgimento da Rede Cegonha, em 2011, representa o resultado de um processo de despolitização da questão da saúde sexual e reprodutiva, favorecida pelo contexto político das eleições presidenciais de 2010, no qual as alianças políticas abriram maior espaço para forças conservadoras.

Marge Berer, analisando os avanços e retrocessos no campo da saúde sexual e reprodutiva, em nível mundial, analisa que em vários países configura-se um processo de despolitização do debate. De acordo com a autora, tal problema se revela à medida que foram ampliados o número de grupos e redes envolvidos com o tema, incluindo-se a integração de pautas conservadoras à agenda política global (BERER, 2013).

Essa percepção também é corroborada por algumas entrevistadas, representantes do movimento feminista, ao analisar o cenário brasileiro:

Os fundamentalistas estão envenenando o país! Todo dia tem que se ir pra Brasília pra tentar impedir os retrocessos! Considerar o aborto crime, isso é um problema! Tem que se discutir a questão do aborto clandestino! Então não se fala do aborto, cai-se no pieguismo: a mãe, a Rede Cegonha. Esse nome é muito criticado porque infantiliza as mulheres. Na concepção da Rede Cegonha tinham também pessoas ligadas à igreja católica (E 10).

A crítica maior à Rede Cegonha foi essa, por não falar mais nessas coisas depois de tantos avanços! A contracepção de emergência, já foi implementada, mas o problema maior é a questão do aborto. O Brasil já havia participado de várias conferências internacionais, assinou acordos, criou protocolos, e, na hora que essas coisas começam a engrenar, aí vem o balde de água na fervura, não se fala mais no assunto. Esse é o cenário político que a gente tem hoje, reflexo dos acordos da eleição de 2011, que trouxeram um cenário político conservador. Não somos inocentes, sabemos que havia uma candidatura e um projeto maior em jogo e aí foram feitas as alianças. [...] na Rede Cegonha só se fala da família com o pai, a mãe e os filhinhos que vivem felizes para sempre, o que não é a realidade. Na

realidade, a gente vive com as drogas, a vulnerabilidade, a gravidez indesejada, o aborto clandestino. Mas sem dúvida, muita coisa também é positiva. Ela trouxe a discussão sobre a humanização do parto e o nascimento e a questão da organização da rede, que é a estratégia pra articular todo mundo (E 13).

É o que também foi retratado em matéria assinada por Margareth Martha Arilha, pesquisadora da UNICAMP e membra da Comissão de Cidadania e Reprodução, publicada na revista *Le Monde Diplomatique Brasil*.

Agora, que se iniciam os processos de revisão +20 das Conferências Internacionais, o que o Brasil terá a dizer sobre sua atuação nos últimos anos? Naquele período, embora fossem reconhecidas a força e a presença dos grupos conservadores, dadas pela própria inserção do Vaticano no conjunto de nações representadas na Assembleia das Nações Unidas, ainda havia espaço para a interlocução independente com o Estado brasileiro. Não há dúvidas de que este é o nó górdio que se abre atualmente para o enfrentamento da agenda de direitos sexuais e reprodutivos na América Latina e globalmente: a barreira criada pela entrada das forças religiosas no campo do Estado. No entanto, no caso do Brasil, essa porta aberta vem fazendo que a agenda brasileira de saúde e direitos reprodutivos embarque em um retrocesso inaceitável, haja vista nossa história pregressa. Diálogo com as Igrejas, sim, mas diálogo não significa submissão. Por que rezar justamente essa cartilha? (ARILHA, 2012).

As entrevistadas analisam as restrições a temas importantes no campo dos direitos sexuais e reprodutivos no conteúdo da Rede Cegonha, com destaque para a ausência de discussão sobre a assistência aos casos de aborto. Ainda que a Política inclua em suas ações estratégicas o acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, não aborda a questão da assistência ao aborto de forma específica. Na SS do Recife, conforme ocorre em âmbito nacional, a única proposição acerca da assistência ao aborto registrada nos documentos oficiais se refere a assegurar o atendimento aos casos de aborto nas maternidades municipais. Os documentos não versam, por exemplo, acerca das questões referentes à prevenção do aborto clandestino, nem das estratégias para combater os atos de violência sofridos pelas mulheres em situação de aborto, no âmbito das unidades de saúde.

De acordo com Vieira (2010), o aborto provocado no Brasil, devido à sua criminalização, pode ser considerado como inseguro e ocupa a terceira causa de mortalidade materna no país. Ao apresentar a redução da mortalidade materna e infantil como um dos seus objetivos centrais e negligenciar a discussão sobre o aborto clandestino, a Rede Cegonha relega um conjunto de ações necessárias para o alcance dos seus objetivos.

Ainda sobre o problema do aborto e mortalidade materna, Télia Negrão alerta em entrevista publicada em 2011:

Se quisermos realmente reduzir a mortalidade materna não podemos ignorar que 1 milhão de abortos são feitos por ano no Brasil e que os óbitos decorrentes correspondem a 10% a 15% das mortes maternas. Se não for assim, ficará sempre um buraco. Sozinha, a Rede Cegonha não tem condição de enfrentar todas as causas da mortalidade materna. Precisa ser articulada com outras políticas de saúde da mulher (LEMES, 2011).

Do mesmo modo, também não foram descritas estratégias para combater as diversas formas de violência obstétrica, como agressões verbais, e tratamento desrespeitoso. Tal problema vem sendo largamente denunciado pela mídia e movimento de mulheres e foi tratado em diversos estudos sobre o tema (ANDRADE et al., 2016; BERER, 2013; DINIZ, 2006). A discussão sobre as práticas intervencionistas desnecessárias no escopo da política é sem dúvida pertinente e de notória importância, mas é controverso que uma política que tem como princípio basilar o fomento à humanização da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento deixe de aprofundar as várias facetas da violência obstétrica.

No próximo tópico, será analisado o segundo elemento destacado para compreender o conteúdo da política: a vinculação às diretrizes da humanização da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento.

7.2.1.2 A vinculação da Rede Cegonha com os preceitos da humanização da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento

Os termos “humanização” e “cuidado humanizado” são polissêmicos. Conforme Zampieri e Erdmann (2010), são recorrentes os diferentes significados que lhes são atribuídos como: qualidade da assistência; democratização das relações de poder; “desmedicalização” da atenção; valorização dos profissionais; resistência à violência e às intervenções; reconhecimento dos direitos e do protagonismo do ser humano.

Na obstetrícia, vários autores concebem que a institucionalização e a hegemonia do modelo biomédico e tecnocrático levaram à segmentação do ser humano e dos saberes, à diluição da subjetividade e à valorização do patológico em detrimento do humano (MAIA, 2010; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). A discussão em torno da humanização no parto ganhou maior expressão, embora se reconheça que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável. Contribui para a redução da morbimortalidade materna e fetal, a vivência da maternidade e paternidade, a autonomia e segurança no processo de

nascimento (compreendido desde a concepção até o pós-parto) (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

A mudança no modelo de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento é um dos fundamentos da Rede Cegonha. A Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, que instituiu a política, apresenta como um dos três principais objetivos:

Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses (BRASIL, 2011a, p. 2).

Como estratégia para a mudança do modelo assistencial, a Rede Cegonha retoma vários dos objetivos do Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), lançado ainda em 2002. As ações do programa se destinavam a: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Da mesma forma, a Rede Cegonha contempla várias ações já previstas no PHPN, como: realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal e de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; garantia dos exames laboratoriais preconizados para o pré-natal; aplicação de vacina antitetânica; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes; e realização de atividades educativas.

Além de dar seguimento a essas ações, a Rede Cegonha propôs o incremento de recursos financeiros para custeio de novos exames (descritos no quadro 10), aquisição de KIT para gestantes, parteiras e unidades básicas de saúde, providos de insumos, materiais e equipamentos para garantir a assistência ao pré-natal. Mas o maior montante de recursos financeiros previstos pela Política é destinado para a atenção ao parto e nascimento. Nesse campo de atuação a Política prevê investimentos para construção, reformas, aquisição de materiais e equipamentos, ampliação e custeio de leitos, conforme descritos no quadro 17.

A Rede Cegonha se apresenta como instrumento de mudança do modelo tecnocrático de assistência ao parto e nascimento. Recomenda a adoção de procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, que evitem práticas intervencionistas desnecessárias. Tais práticas, embora sejam tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, acarretando, com frequência, em maiores riscos para ambos (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011f).

Rita Bara Maia retoma as ideias de Davis-Floyd e faz uma distinção esclarecedora acerca dos modelos de atenção ao parto tecnocrático e humanístico. Esses conceitos podem ser tomados como referência para compreender as proposições da Rede Cegonha. Segundo a autora, os modelos compreendem os seguintes aspectos:

Modelo tecnocrático: a separação do corpo e da mente; a ideia do corpo como máquina; o paciente como objeto; a alienação do paciente pelo profissional; diagnóstico e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica, padronização da assistência; autoridade e responsabilidade apenas do profissional, e não do paciente; supervalorização da tecnologia (alta tecnologia/baixo contato); intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo e a morte percebida como fracasso; sistema dirigido para o lucro; intolerância com outras modalidades de assistência (MAIA, 2010, p.43).

Modelo humanístico: conexão corpo e mente; o corpo como um organismo; o paciente como um sujeito relacional; conexão e cuidado entre profissional e paciente; diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro; equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; informação, decisão e responsabilidade divididos entre os profissionais e pacientes; tecnologia contrabalanceada com humanismo (alta tecnologia/alto contato); criação de condições de saúde e bem-estar a longo prazo; foco na prevenção; a morte percebida como um resultado possível, assistência motivada pela compaixão; abertura a outras modalidades de assistência (MAIA, 2010, p.43).

A defesa do modelo humanístico no conteúdo da Política se constata pela adoção de várias ações propostas como: a implantação de leitos Canguru, a melhoria da ambiência das maternidades, a garantia de acompanhante durante todo o processo de parto e pós-parto; o acolhimento com classificação de risco, a implementação de equipes horizontais do cuidado, o estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e a adoção de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".

No referido documento, a OMS orienta a adoção das seguintes práticas na atenção ao parto e ao nascimento:

- a) Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- b) Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- c) Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- d) Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- e) Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- f) Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- g) Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- h) Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;

- i) Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
 - j) Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
 - k) Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
 - l) Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
 - m) Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
 - n) Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
 - o) Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
 - p) Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
 - q) Condições estéreis ao cortar o cordão;
 - r) Prevenção da hipotermia do bebê;
 - s) Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996, p. 1).

Nessa perspectiva, a OMS classifica as práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- a) Uso rotineiro de enema;
- b) Uso rotineiro de tricotomia;
- c) Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- d) Cateterização venosa profilática de rotina;
- e) Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- f) Exame retal;
- g) Uso de pemetria por Raios-X ;
- h) Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- i) Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- j) Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- k) Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- l) Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- m) Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
- n) Lavagem uterina rotineira após o parto;
- o) Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996, p. 2).

Várias das ações que fomentam o modelo humanístico de atenção ao pré-natal e ao nascimento foram identificadas em planos e relatórios da SS do Recife. A implantação da Rede Cegonha no município foi favorecida pelo modelo de atenção em desenvolvimento na SS naquele ano, o modelo “Recife em Defesa da Vida”, implantado a partir de 2009.

Em descrição apresentada no Plano Municipal de Saúde – 2010-2013, o modelo “Recife em Defesa da Vida” se coaduna com os pressupostos da humanização da atenção e da gestão

no SUS. Por isso, várias das propostas da Rede Cegonha convergiam para o modelo de atenção proposto pela gestão municipal.

O Modelo Recife em Defesa da Vida tem a força para ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida e aponta a necessidade de: qualificar o sistema de cogestão, a partir do princípio democrático, reconhecendo a responsabilidade de cada ator no processo de gestão do sistema e na produção de saúde; criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção; fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária, ampliando o acesso com equidade; considerar a diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica para incorporação de recursos e tecnologia; superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais; implantar as diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada (E 11).

Em sua tese de Doutorado, Bernadete Perez Coêlho apresenta os resultados da pesquisa-intervenção desenvolvida no Recife, na qual define os propósitos das estratégias/dispositivos centrais do Modelo:

O acolhimento - modo de organizar o trabalho das equipes de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas/necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social;

A cogestão - modo de gerenciar que envolve o pensar e o fazer coletivo visando à democratização das relações no campo da saúde;

O projeto terapêutico singular - instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário/rede sóciofamiliar, devendo considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso;

O apoio matricial - forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, lançando mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixasse de ser vinculado à equipe de Saúde da Família ou equipe de Unidade Básica Tradicional (COÊLHO, 2012).

Ao comparar as propostas do modelo “Recife em Defesa da Vida” e o conteúdo da Rede Cegonha em âmbito nacional, identificamos um conjunto de ações com estreita correspondência, quais sejam:

- 1) Na atenção básica: organização do acolhimento de modo a promover a ampliação do acesso ao sistema, e reorganização do trabalho em equipe, a partir do apoio institucional; fortalecimento das redes de saúde aumentando a capacidade conjunta de soluções e construção de políticas e intervenções intersetoriais; implantação de espaços de escuta para usuários e equipes no cotidiano do trabalho, fortalecendo a

participação e ampliando a capacidade de análise dos problemas; apoio institucional às equipes;

- 2) Na atenção especializada: garantia de agenda de atendimento em função da análise de risco/vulnerabilidade e das necessidades dos usuários; definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e incluindo a singularidade das pessoas; intervenção priorizando reformulação do processo interno de trabalho e articulação em rede nas maiores policlínicas de referência municipal; apoio institucional às equipes;
- 3) Na atenção hospitalar/maternidades: garantia de visita aberta, da presença de acompanhante e de sua rede social; implantação de acolhimento com classificação de risco na porta de urgência e emergência; criação de mecanismos do fazer em rede, principalmente na condução de situações mais complexas, bem como a rotina da atenção e gestão dos casos numa continuidade com a atenção básica; definição das maternidades municipais com referência territorial para usuárias, incluindo as referências para a atenção ao pré-natal e ao parto de alto risco; reformulação da clínica com recomposição das escalas de profissionais e inserção das enfermeiras obstétricas em todas as escalas; implantação de colegiado de gestão nos serviços com corresponsabilização dos trabalhadores das áreas do hospital; garantia de gestão clínica e gestão de leitos, realizando cogestão com rede estadual para pactuação de ampliação e municipalização de serviços; apoio institucional às equipes.

Várias das ações contidas no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e nas Programações Anuais de Saúde dos anos 2011 a 2013 operacionalizam os princípios e objetivos do modelo Recife em Defesa da Vida e se articulam com a política Rede Cegonha. Um ex-gestor da SS do Recife se refere à vinculação entre as propostas:

No Recife, a gente casou a implantação da Rede Cegonha com o modelo Recife em Defesa da Vida, entendeu? Propomos várias estratégias para humanizar a assistência e remodelar a gestão no município. Implantamos estratégias de cogestão, com a participação dos apoiadores institucionais, os fóruns. Investimos na implantação do acolhimento nas unidades básicas de saúde, no matriciamento, nos planos terapêuticos singulares, na classificação de risco, no fortalecimento da coordenação do cuidado pelo PSF. A gente tentou investir na qualidade da atenção obstétrica, tivemos até premiação nas nossas maternidades. A gente desenvolveu todo um trabalho com relação ao parto, contratamos enfermeiras obstetras para estimular os partos normais. Mas não podíamos garantir que as usuárias do PSF fossem vinculadas às maternidades de bairros (E 11).

Uma gestora de um hospital sob gestão estadual, localizado no Recife, também retrata a adoção de estratégias de fomento à mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento:

Nas reuniões clínicas mensais, estão sendo discutidos os novos protocolos para uso de ocitocina e métodos não farmacológicos. Há um trabalho sendo desenvolvido para mudar os processos assistenciais e se adequar ao parto normal. Cerca de 9,8% dos partos normais aqui no hospital estão sendo feitos com analgesia. Antes não era realizada analgesia de parto aqui no hospital. Está sendo feito um trabalho cotidiano com os profissionais, inclusive também no que se refere às mudanças na assistência ao pré-natal (E 6).

[] A gente começou a resgatar o parto normal com todos aqueles processos fisiológicos que tinham se perdido. Esse é um processo que precisava ser resgatado desde a faculdade. No início foi difícil porque quiseram fazer uma mudança do dia para a noite. Foi isso que gerou muitos conflitos (E 6).

Uma das principais estratégias para impulsionar a adoção do modelo humanístico de atenção ao parto na Rede Cegonha é a previsão de recursos financeiros para a construção e funcionamento dos Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante Bebe e Puérpera (CGBP). No Recife, o Plano Municipal de Saúde – 2009-2012 previu a construção de três CPN e uma CGBP.

De acordo com a Portaria nº 11, de sete de janeiro de 2015, os CPN são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de baixo risco que devem pertencer a um estabelecimento hospitalar, podendo localizar-se em suas dependências internas ou em suas imediações. Dentre os requisitos mínimos para o funcionamento de um CPN, alguns guardam correlação mais estreita com a adoção das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento como:

Art. 2º - VI – Dispor de quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN:

VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico;

VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais;

VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde;

IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde;

X- possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento;

XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber (BRASIL, 2015a, p. 4 - 5).

Além dos itens citados, o Art 7º da referida portaria trata da necessidade dos CPN de possuir equipe mínima, composta por enfermeiro (a) obstétrico ou obstetriz (responsável técnico), técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. Essas equipes podem funcionar com número variável de profissionais e diferentes cargas horárias a depender do tipo de CPN implantado. Na atenção humanizada ao parto e nascimento de risco habitual, a adoção das equipes horizontais de cuidado, com a coordenação do enfermeiro (a) obstetra, é uma estratégia para assegurar os cuidados multidisciplinares em todo o processo de partejamento, parto e pós-parto. No Art. 8º, define-se que cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana. Essas equipes devem ser compostas por médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista.

A provisão de recursos para as Casas da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP), faz parte da estratégia de humanização da atenção ao parto e nascimento de alto risco. De acordo com a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, a CGBP é uma residência provisória destinada ao acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar (BRASIL, 2013).

A construção de CPN e CGBP são ações previstas nos PMS e PAS do Recife desde 2011. No entanto, até o final da coleta de dados desta pesquisa, constatou-se que os referidos serviços não foram implantados. Esse problema será tratado no item acerca do processo de implementação da política. Para vários (as) entrevistados (as), a implantação das salas de PPP, que compõem a estrutura dos CPN, são uma das principais estratégias impulsionadoras da mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento:

Eu acho que tem que ser garantida a sala de PPP, que é ideal, pois a mulher passa a fase do trabalho de parto naquele local, pode parir e depois ficar pelo menos duas horas, no mesmo local, até ir para o alojamento. E ela é acompanhada o tempo todo pela enfermeira obstetra. Porque é muito desagradável para uma mulher que pariu normal, que tá ali com aquela dor absurda no pré-parto e, quando chegar a hora de parir, ter que ir para dentro de uma sala de parto, às vezes de maca, às vezes a pé (E 7).

Ao analisar as ações previstas para estruturar e qualificar o pré-natal e o parto e nascimento no Recife, comparando-as às estratégias traçadas nacionalmente (Apêndice A), duas observações são relevantes: a primeira é que as ações propostas pelo MS são coerentes e congregam requisitos importantes para promover a humanização da atenção obstétrica; a

segunda é que as ações propostas pela SS do Recife guardam correlação com o conteúdo da Política nacional, mas não são suficientes para atender aos objetivos propostos.

Nos PMS e PAS do Recife, as principais ações planejadas para qualificar a assistência ao pré-natal foram: ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, capacitações dos profissionais para atuar na linha de cuidado das gestantes de baixo e alto risco, estruturação dos serviços voltados à assistência ao pré-natal de alto risco, ampliação do número de consultas no pré-natal e oferta de exames com recebimento em tempo oportuno, ampliação dos exames diagnósticos e tratamentos das doenças sexualmente transmissíveis, implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades básicas de saúde e maternidades públicas municipais.

Ainda que esse conjunto de proposições componha os PMS vigentes no período do estudo, há descontinuidade de ações e/ou ausência de metas correspondentes nas PAS. Identificou-se que a vinculação das gestantes ao local em que será realizado o parto compõe as ações estratégicas até o ano de 2013, não sendo posteriormente referidas; a qualificação dos sistemas e da gestão da informação só foi incluída nas programações anuais a partir de 2014; a oferta de contracepção de emergência e o apoio financeiro às gestantes nos deslocamentos para as consultas pré-natais e no momento do parto não compõem as PAS.

Foram identificados dois programas focados na qualificação da assistência ao pré-natal no município: até o ano de 2012, a estratégia adotada foi o Gestando o Gestar; em 2014, após a mudança de gestão, foi implantado o Programa Mãe Coruja Recife (PMCR).

Os documentos analisados não tratam das ações e metas do Programa Gestando o Gestar, apenas descrevem que tem como objetivo desenvolver atividades com grupos de gestantes acompanhadas nas UBS, visando à preparação para o parto e nascimento saudáveis. Já o Programa Mãe Coruja tomou como referência a experiência do Programa Mãe Coruja Pernambucano, implantado desde 2007. O PMCR apresenta os seguintes objetivos principais:

Redução da mortalidade materna e infantil através da assistência qualificada à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto e ao seu filho (a) durante o nascimento, crescimento e desenvolvimento até cinco anos de idade, numa perspectiva intersetorial (RECIFE, 2013a).

As ações do PMCR centraram-se no acompanhamento às gestantes que realizam o pré-natal nas UBS do município e acompanhamento das crianças até 05 anos. A estratégia principal do Programa consiste na implantação dos Espaços Mãe Coruja Recife, que são locais de acolhimento onde se realizam o cadastramento e acompanhamento das gestantes e

seus filhos e o monitoramento dos indicadores de saúde materna e infantil. No PMS 2014-2017 foi prevista a implantação dos Espaços Mãe Coruja Recife em 10 bairros, definidos por critérios epidemiológicos e de vulnerabilidade social (Santo Amaro, Joana Bezerra, Água Fria, Brejo da Guabiraba, Macaxeira, Torrões, San Martin, Coqueiral, Ibura, Cohab).

O PMCR elegeu alguns objetivos igualmente apresentados pela Rede Cegonha como a redução dos coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e materna e a ampliação da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Adota algumas estratégias específicas de incentivo ao acompanhamento pré-natal, como o fornecimento de kit (enxoval) e realização de cursos profissionalizantes com foco em projetos de capacitação profissional das gestantes cadastradas e de seus familiares.

Na qualificação da atenção ao parto e nascimento, as ações e metas previstas nos PMS e PAS do município estão em clara consonância com o conteúdo da Rede Cegonha em âmbito nacional. Em linhas gerais, foi proposta a construção de Centros de Parto Normal, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, reforma da ambiência das maternidades municipais, implantação do acolhimento com classificação de risco nas maternidades, garantia da assistência ao parto de alto risco, ampliação de leitos necessários para a assistência ao parto de risco habitual e de alto risco.

Ainda que a adoção das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades municipais tenha sido contemplada nos documentos, não foram apresentadas estratégias e metas específicas nesse campo de atuação.

No capítulo que abordará o processo de implementação da Rede Cegonha, especificamente no tópico referente à avaliação, discutiremos o alcance dos resultados das ações e metas propostas. No próximo tópico, discutiremos as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde materna e infantil.

7.2.1.3 As diretrizes para organização das redes de atenção materna e infantil

A Rede Cegonha tem como propósito organizar a atenção materna e infantil na perspectiva tecno-organizacional e política das redes regionalizadas de atenção à saúde, conforme apresentado no Art. 4º da portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011:

Art. 4º- A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011a, p.2).

Para a organização das redes de atenção materna e infantil, a referida portaria propõe a execução de cinco fases de desenvolvimento da Política: adesão e diagnóstico; desenho regional; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes e certificação.

A Nota Técnica Conjunta do Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do MS conjectura três tipos de adesão: regional, facilitada e integrada. A adesão regional é prevista para o conjunto de municípios componente de uma determinada Região de Saúde, priorizada na CIB, que deverá aderir aos quatro componentes da política (pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação). As formas de adesão facilitada e integrada são destinadas aos municípios que aderem apenas aos componentes assistência ao pré-natal e ao puerpério e atenção integral à saúde da criança. A forma facilitada é direcionada para aqueles municípios que não pertencem à região de saúde priorizada na CIB e que não aderiram ao Programa de Qualificação da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). A adesão integrada é prevista para os municípios com igual condição, mas que fizeram adesão ao PMAQ (BRASIL, 2012b).

Para a realização da adesão, a Portaria 1.459/2011 prevê algumas etapas: apresentação da Rede Cegonha no Estado ou Distrito Federal e nos municípios; análise da matriz diagnóstica na CIB ou Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e no Colegiado de Gestão Regional; homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB ou CGSES/DF; instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (formado pela SES, COSEMS) e do apoio institucional do MS.

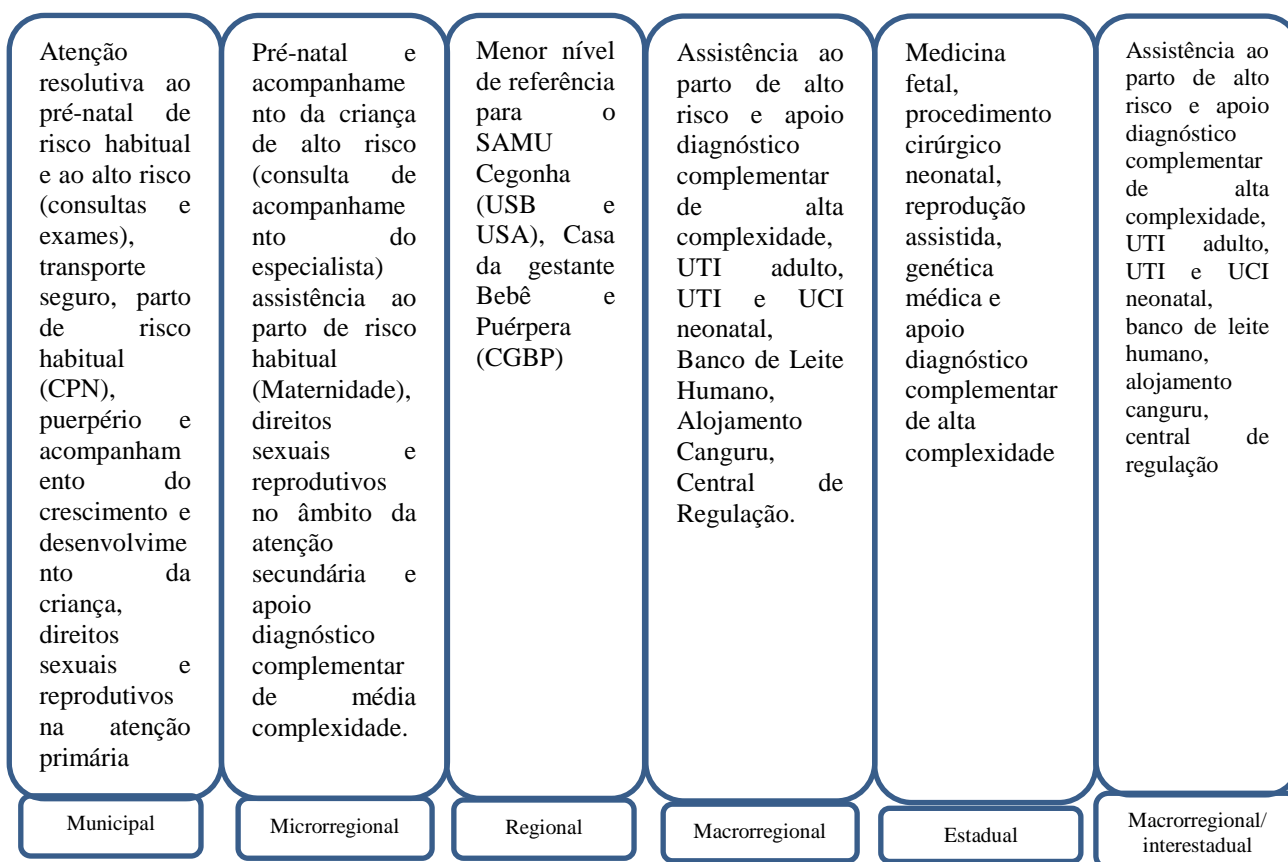
A SES/PE fez a adesão regional, publicando a Resolução da CIB Nº 1.872, de 26 de março de 2012 que homologou a Rede Cegonha nas 12 Regiões de Saúde do estado. Sendo assim, assumiu a oferta de serviços para os quatro componentes da Política, com a organização dos serviços distribuídos nas redes regionalizadas de atenção materna e infantil. De acordo com os documentos analisados, todas as etapas da fase de adesão e diagnóstico em Pernambuco foram cumpridas. A fala de uma das gestoras entrevistadas retrata o processo de adesão no estado:

Inicialmente, 100% dos municípios de Pernambuco aderiram a Rede Cegonha, no que se refere ao componente pré-natal. Num segundo momento, foram realizadas oficinas regionais e construídos os Planos de Ação Regionais. Inicialmente o SISPAR, que é o sistema da Rede Cegonha, não permitia a construção de planos regionais, apenas municipais. Mas nós elaboramos Planos Regionais, a partir da

construção dos planos de ação municipais que já estavam elaborados. Todos os planos Regionais incluíram os componentes pré-natal e parto e nascimento (E 6).

A formulação dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha foi coordenada pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha da SES/PE. O desenho da Rede Cegonha em Pernambuco preveu a definição de diferentes graus de responsabilidade sanitária para os territórios de saúde do estado. A figura 06 apresenta o desenho proposto:

Figura 6 -Desenho da Rede Cegonha em Pernambuco



Fonte: Adaptado de Pernambuco (2012a)

O modelo de rede de atenção materna e infantil pactuado em Pernambuco propõe uma organização do acesso aos serviços de pré-natal e parto e nascimento pautada pela economia de escala, suficiência, otimização dos recursos existentes, integração vertical e horizontal e organização dos serviços em regiões responsáveis pela assistência em diferentes níveis de complexidade, conforme modelo de rede de atenção defendido por Mendes (2008, 2011).

No desenho das redes regionais em Pernambuco, para promover economia de escala, com racionalização de custos e otimização de resultados, os serviços de alta densidade tecnológica devem ser assegurados no âmbito das macrorregionais de saúde. O parto de risco

habitual e o pré-natal de alto risco fica sob a responsabilidade municipal ou da microrregião de saúde, quando definidos municípios de referência para a oferta dos serviços. Todos os municípios devem, minimamente, responder pela assistência ao pré-natal de risco habitual.

A fala de uma gestora entrevistada reforça a descrição identificada nos documentos e pontua questões relevantes para compreender o modelo de rede proposto:

O secretário estadual chamou os secretários municipais de saúde para apresentar um diagnóstico do estado. Apresentamos informações técnicas para mostrar a necessidade da organização das redes regionais. Esta discussão foi feita também com representante do COSEMS. Definimos a responsabilidade de cada um. O que é que fica pactuado, minimamente, para o município, para a micro e macrorregião. [...] Esse modelo foi estimulado depois que a gente viu os casos daqueles municípios que têm maternidades com apenas 05 leitos, mas que não funcionam, são na verdade 05 camas ou 10 camas. Esse município, por mais que tenha incentivos, não vai conseguir equipe técnica pra funcionar. Porque é uma equipe cara e escassa, entendeu? Então temos que fortalecer alguns serviços e botar pra funcionar (E 14).

Não é objetivo desta pesquisa analisar o desenho e a implementação das redes regionais de atenção materna e infantil em Pernambuco, mas conhecer o desenvolvimento da Rede Cegonha no Recife. O desenho apresentado visa então esclarecer o modo de inserção do município na I Região de Saúde de Pernambuco.

A Resolução CIB/PE nº 1.873, de 26 de março de 2012, homologou o Plano Regional da Rede Cegonha da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco. A figura 3 e quadros 17 e 18 apresentam o desenho de rede proposto para a I Região. Vale destacar que o número de leitos existentes e necessários apresentados se referem ao diagnóstico realizado para o ano de 2012.

Quadro 15- Desenho da rede de atenção ao parto de risco habitual na I Região de Saúde de PE

(Continua)

Municípios da I Região de Saúde de PE		Leitos risco habitual		Município e serviços de referência para atenção ao parto e nascimento de risco habitual na I Região de Saúde de Pernambuco.
		Necessários	Existentes	
Micro I	Abreu e Lima	11	16	Abreu e Lima (Hospital e maternidade de Abreu e Lima)
	Araçoiaba	3	0	
	Igarassu	12	6	
	Itamaracá	3	0	
	Ilha de Itapissuma	3	0	
	Olinda	40	64	Olinda (Hosp. Tricentenário e Matern. Brites de Albuquerque)
	Paulista	28	21	Paulista e Olinda (Hosp. Central de Paulista; Hosp. Tricentenário)

Quadro 15- Desenho da rede de atenção ao parto de risco habitual na I Região de Saúde de Pernambuco

(Conclusão)

	Municípios da I Região de Saúde de PE	Leitos risco habitual		Município e serviços de referência para atenção ao parto e nascimento de risco habitual na I Região de Saúde de Pernambuco.
		Necessários	Existentes	
	Fernando de Noronha	1	0	Recife (IMIP)
	Recife	167	110	Recife (Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques; Maternidade Bandeira Filho)
Micro II	Camaragibe	17	18	Camaragibe (Maternidade Amiga da Família de Camaragibe)
	Chã Grande	3	0	Vitória de Santo Antão (Hospital João Murilo)
	Chã de Alegria	2	0	
	Glória de Goitá	4	0	
	Pombos	4	0	
	Vitória de Santo Antão	16	67	
Micro III	Cabo de Santo Agostinho	26	16	Cabo de Santo Agostinho (Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos)
	Ipojuca	10	6	Ipojuca (Hospital Santo Cristo de Ipojuca)
	Jaboatão dos Guararapes	69	62	Jaboatão dos Guararapes (Hospital Memorial Guararapes e Hospital Jaboatão Prazeres)
	Moreno	6	23	Moreno (Clínica Santa Terezinha)

Fonte: Adaptado pela autora a partir de dados do Plano de Ação da Rede Materno Infantil da Região de Saúde de Pernambuco Rede Cegonha – I GERES 2012-2014

Quadro 16 – Desenho da rede de atenção ao parto e nascimento de alto risco na I Região de Saúde de Pernambuco.

(Continua)

Municípios da I Região de Saúde de Pernambuco	Leitos de alto risco		Unidade de Saúde de referência para o parto de alto risco na I Região de saúde de PE, com leitos existentes.
	Necessários	Existentes	
Abreu e Lima	3	0	Recife Hospital Barão de Lucena (62 leitos)
Araçoiaba	1	0	
Fernando de Noronha	1	0	
Igarassu	4	0	
Itamaracá	1	0	
Itapissuma	1	0	
Camaragibe	5	0	
Moreno	2	0	
Recife (DS IV e V)	*	0	
Olinda	12	0	
Paulista	9	0	
Jaboatão	20	0	Recife IMIP (52 leitos)
Recife (DS I e VI)	*	0	

Quadro 16 – Desenho da rede de atenção ao parto e nascimento de alto risco na I Região de Saúde de Pernambuco.

(Conclusão)

Municípios da I Região de Saúde de Pernambuco	Leitos de alto risco		Unidade de Saúde de referência para o parto de alto risco na I Região de saúde de PE, com leitos existentes.
	Necessários	Existentes	
Recife (DS II e III)	50	0*	Recife Hosp. Agamenon Magalhães (69 leitos)
Chã de Alegria	1	0	Recife Hosp. das Clínicas de PE (30 leitos)
Chã Grande	1	0	
Glória do Goitá	1	0	
Pombos	1	0	
São Lourenço da Mata	4	0	
Cabo de Santo Agostinho	8	0	
Ipojuca	2	0	
Vitória de Santo Antão	5	0	

Fonte: Adaptado pela autora a partir de dados do Plano de Ação da Rede Materno Infantil da Região de Saúde de Pernambuco Rede Cegonha – I GERES 2012-2014.

Nota: * Até o final da coleta de dados do estudo, Recife não dispunha de leitos de alto risco nas unidades de saúde sob gestão municipal, porém havia 268 desses leitos nos hospitais estadual, federal e filantrópico localizados no município.

De acordo com o desenho de rede apresentado, os municípios de Abreu e Lima e Olinda são referência para a assistência ao parto de risco habitual de outros municípios da Microrregião I; Vitória de Santo Antão é referência para a Microrregião II. Os municípios da Microregião III são todos responsáveis pela assistência ao parto de risco habitual de suas munições. Vale destacar que as maternidades do Recife não foram definidas como serviços de referência para parturientes de outros municípios tendo em vista o déficit de leitos para parto de risco habitual apresentado pelo município. Considerando suas especificidades, a ilha de Fernando de Noronha deve referenciar suas gestantes de risco habitual para o IMIP (hospital filantrópico conveniado ao SUS). Os hospitais (estaduais, federal e filantrópico), localizados no território do Recife, são referência para a assistência ao parto de alto risco para todo o estado de Pernambuco.

O desenho de rede pactuado considerou a capacidade instalada existente em 2012 e a localização geográfica dos municípios, que determina os deslocamentos necessários para o acesso aos serviços de atenção ao parto de risco habitual na I Região de Saúde de Pernambuco. No caso do acesso ao parto de alto risco, o fluxo assistencial para o Recife se justifica pelo grau de concentração desses leitos no município, cerca de 68% .

Além das ações estratégicas, foram previstos recursos financeiros para construção, estruturação e funcionamento de serviços de atenção ao parto e nascimento de risco habitual e alto risco. A previsão se fundou em diagnóstico acerca da capacidade instalada e da distribuição dos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento na I Região de Saúde de Pernambuco, considerando os indicadores de saúde e a localização geográfica e os deslocamentos populacionais na região (PERNAMBUCO, 2012a, 2012b). Os valores estão descritos no quadro 17:

Quadro 17 - Recursos financeiros previstos para os serviços de atenção ao parto e nascimento (municipais, estaduais, federal e filantrópico) localizados no Recife -2012.

(Continua)

Serviços	US	Construção	Equipamentos	Reforma	Custeio
CPN	Pol. e Mat. Prof. Arnaldo Marques	R\$ 350.000,00	R\$ 150.000,00	-	-
	Maternidade Bandeira Filho	R\$ 350.000,00	R\$ 150.000,00	-	-
	Unidade Mista Prof. Barros Lima	R\$ 350.000,00	R\$ 150.000,00	-	-
	IMIP (Filantrópico)	-	R\$ 150.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 960.000,00
CGBP	Maternidade Bandeira Filho	R\$ 335.808,00	R\$ 44.000,00	-	-
	Hospital das Clínicas	R\$ 335.808,00	R\$ 44.000,00	-	-
	Hospital das Clínicas	R\$ 335.808,00	R\$ 44.000,00	-	-
	Hospital Agamenon Magalhães	-	R\$ 44.000,00	R\$ 130.000,00	R\$ 720.000,00
	Hospital Barão de Lucena	-	R\$ 44.000,00	R\$ 130.000,00	R\$ 720.000,00
	IMIP (Filantrópico)	-	R\$ 44.000,00	R\$ 130.000,00	R\$ 720.000,00
	CISAM	-	R\$ 44.000,00	R\$ 130.000,00	R\$ 720.000,00
Ambiência dos Serviços que realizam partos	Policlínica e Maternidade Profº Arnaldo Marques		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	
	Maternidade Bandeira Filho		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	
	Unidade Mista Profº Barros Lima		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	
	Hospital das Clínicas		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	
	Hospital Agamenon Magalhães		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	
	Hospital Barão de Lucena		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	
	IMIP (Filantrópico)		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	
	CISAM (Estadual)		R\$ 100.000,00	R\$ 200.000,00	

Quadro 17 - Recursos financeiros previstos para os serviços de atenção ao parto e nascimento (municipais, estaduais, federal e filantrópico) localizados no Recife -2012. (Conclusão)

Serviços	US	Construção	Equipamentos	Reforma	Custeio
	CISAM	-	R\$ 44.000,00	R\$ 130.000,00	R\$720.000,00
UTI Neonatal	Hospital das Clínicas –		1.200.000,00		
	Hospital Agamenon Magalhães		1.800.000,00		
	Hospital Barão de Lucena		2.160.000,00		
	IMIP		2.160.000,00		
	CISAM		1.440.000,00		

Fonte: Elaboração da autora a partir de Pernambuco (2012a).

Na LOA do Recife de 2012, os valores dos recursos advindos do Governo Federal para a Rede Cegonha correspondem aos apresentados no Plano de Ação da Rede Materno-Infantil da I Região de Saúde de Pernambuco - Rede Cegonha - I GERES- 2012-2014. Foram R\$ 1.050.000,00 para a construção de três Centros de Parto Normal (CPN); R\$ 335.808, para um Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP); R\$ 44.729,00 para ambiência das três maternidades municipais; R\$ 450.000,00 para equipamentos dos CPN (RECIFE, 2012a).

No próximo tópico, discutiremos o processo de implementação da política Rede Cegonha, momento no qual trataremos das estratégias efetivamente adotadas e dos resultados alcançados no Recife.

7.3 O processo de formulação e implementação da Rede Cegonha e a influência dos atores

O processo envolve toda a extensão de uma política, desde a sua inclusão na agenda pública, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. É, portanto, uma narrativa dinâmica da história de vida da política (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001; HOWELLET; RAMESH; PERL, 2013).

A partir desses pressupostos e dentro dos limites deste trabalho, discutiremos o processo da Rede Cegonha no Recife, com base na inserção do município no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco. Nessa discussão, faremos uma análise da participação dos atores em cada uma das etapas do processo. Para isso, adotaremos a concepção de Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), para quem os atores são os agentes de qualquer política, como formuladores, implementadores, apoiadores ou opositores. Eles

imprimem seus valores, opiniões políticas e propostas práticas para o processo e, ao fazer isso, determinam o curso de um processo político.

Dividimos a discussão em dois subtópicos: o primeiro discute a inclusão na agenda, formulação e tomada de decisão; o segundo aborda a implementação e avaliação. A análise da implementação e avaliação da Rede Cegonha toma como referência as ações estratégicas previstas na Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011.

7.3.1 Da inclusão na agenda pública à tomada de decisão: a condução dos níveis federal e estadual e o rumos da Rede Cegonha no Recife

A inclusão da Rede Cegonha na agenda pública foi beneficiada pelo contexto político do início do governo da presidenta Dilma Rousseff, em 2011. Contudo, a transformação da agenda sistêmica em institucional (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013) não se deve apenas à janela de oportunidades (KINGDON, 2011) gerada no pleito eleitoral de 2010. Naquele momento, os problemas da atenção materna e infantil foram destacados e foram construídas coalizões políticas para apresentar soluções para os problemas da assistência ao pré-natal e ao parto no país. Mas a inclusão da Rede Cegonha como uma das cinco redes temáticas prioritárias dá seguimento a um processo já desencadeado em políticas anteriores, voltado para a mudança do modelo de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento e para a organização das redes regionais de saúde no SUS.

Surgiu pela necessidade de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento. A Rede Cegonha compila um conjunto de leis já publicadas no campo da atenção materna e infantil e coloca-as em pauta, com disponibilidade de recursos (E 2).

Muitas das ações Rede Cegonha já vinham sendo desenvolvidas na atenção básica, na atenção hospitalar. Mas a Rede Cegonha junta todos os componentes, o pré-natal, o parto, o puerpério, numa visão de rede, não numa visão isolada do município. Esse é o grande diferencial, discutir a assistência dentro de uma região de saúde, que tem toda uma dinâmica de referência, de contrarreferência, de capacidade instalada (E16).

Como já tratado, ao ser analisado o conteúdo da Rede Cegonha, percebe-se claramente que a Política retoma várias propostas do PHPN e que é um desdobramento do processo de organização das redes regionais de saúde no SUS. Porém, a ampliação de recursos financeiros para construção de serviços e a adoção de etapas para a adesão e desenvolvimento das redes regionais de atenção materna e infantil são estratégias resultantes do contexto

político gerado no pleito eleitoral de 2010 e de decisões gestadas no início de uma nova gestão federal, em 2011.

Compreendemos que a inclusão da Rede Cegonha na agenda pública segue a lógica defendida por Baumgarten e Jones e apresentada por Capella (2007) que considera que a formação da agenda pública não se desenvolve apenas por meio de estágios sequenciais e ordenados, mas por meio de períodos mais longos de estabilidade (com evolução incremental) seguidos por mudanças rápidas e em maior escala. Nesse sentido, a longo prazo, desenvolve-se agregando os dois modos de inserção.

Os incentivos financeiros previstos pelo governo federal e o contexto político de coalizão entre os grupos políticos que ocupavam o governo federal, estadual e municipal, em 2011, favoreceram o pioneirismo de Pernambuco na adesão à Rede Cegonha. No Recife, conforme já relatado, a inclusão da Política na agenda pública se efetivou em decorrência da adesão regional adotada em Pernambuco. O Plano de Ação da Rede Cegonha do município foi elaborado durante oficina macrorregional, conduzida pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha em Pernambuco. No momento, foi elaborado o Plano de Ação da Rede Materno-Infantil da I Região de Saúde de Pernambuco. Nessa etapa, participaram gestores e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde do estado e das Secretarias Municipais de Saúde da I Região, apoiadores institucionais do MS e representantes do COSEMS.

A implantação da Rede Cegonha foi coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde. Foram realizados seminários macrorregionais, com construção do diagnóstico de cada município. [...] Nós elaboramos os Planos Regionais a partir da construção dos Planos de Ação Municipais. Todos vinham com o diagnóstico já elaborado. Todos os planos Regionais incluíram os componentes pré-natal e parto e nascimento. Inicialmente, como o Ministério da Saúde não tinha recursos para contemplar todo o Estado, foram priorizadas a primeira e a quarta regionais e depois a oitava. Cada regional foi responsável pela elaboração do seu plano e organização do seu grupo condutor. Todas têm grupo condutor, com resolução publicada (E 6).

Nas oficinas macrorregionais foram apreciados os diagnósticos produzidos pelos municípios e travados diálogos entre gestores e técnicos para elaboração do desenho das redes regionais de atenção materna e infantil no estado. As oficinas contribuíram para o cumprimento de duas das cinco fases de implantação da Rede Cegonha: adesão e diagnóstico e elaboração do desenho das redes regionais. As demais etapas de implantação, isto é, a contratualização dos pontos de atenção, a qualificação dos componentes e a certificação vêm se desenvolvendo ao longo do processo de organização das redes em cada região.

Ainda naquele momento de elaboração do desenho da rede materno-infantil da I Região de Saúde de Pernambuco, iniciaram-se os problemas de governança. As dificuldades surgiram

à medida que se discutiam as prioridades para a construção e reformas de serviços de atenção ao parto e para a alocação de recursos financeiros. A maioria dos entrevistados(as) relatou o problema:

As pactuações dos planos foram muito difíceis devido ao interesse de todos os gestores de se tornarem referência para o parto, já que a portaria previa recursos financeiros para construção e reforma desses serviços. Isso dificultou o fortalecimento de alguns serviços de referência, como previsto nas redes de atenção. [...] Os municípios não tinham uma visão de construção de rede de atenção, da necessidade de fortalecer alguns serviços e de reorientar a alocação de recursos para os municípios de referência (E 6).

Discutimos a inviabilidade dos municípios que possuem maternidades com um número muito pequeno de leitos, por exemplo, com cinco leitos, de manter os serviços, principalmente pela dificuldade de manter os custos da equipe profissional. Inclusive se a gente for fazer um histórico ao longo dos anos a gente vê, de fato, que essas maternidades de pequeno porte não têm uma produção que justifique a sua existência, entendeu? Discutimos a possibilidade de fazermos realocações de leitos para fortalecer alguns serviços de referência que poderiam atender a um grupo de municípios. O estado discutiu o desenho de rede que de fato quer. O Ministério entrou como apoiador, mas não é fácil porque os municípios são autônomos (E 14).

A Rede Cegonha propõe organizar os serviços com base nos critérios de economia de escala, integração e possibilidade de reagrupar recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar melhores soluções, com menores custos. No entanto, as dificuldades na efetivação dessas ações foram o primeiro e mais destacado obstáculo apresentado ainda no momento de formulação do desenho de rede. Mas apesar das dificuldades para pactuar a definição dos municípios prioritários e a realocação de serviços e de recursos financeiros, a possibilidade de captação de recursos federais para obras e custeio se apresentou como o principal mecanismo de indução da Política. Essa possibilidade favoreceu a concretização do desenho da rede de atenção na região, embora os obstáculos para transformar os desenhos pactuados em redes regionais sejam de maior magnitude.

Em nossa concepção, no caso do Recife, outro elemento confluiu para a inclusão da Rede Cegonha na agenda pública e formulação da Política: o contexto institucional da SS do município, no período, focado na adoção do modelo “Recife em Defesa da Vida”. Como já abordado, o modelo fomentou estratégias de humanização da atenção e gestão do SUS e inseriu o fortalecimento e a qualificação da atenção básica como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde (RECIFE, 2013). Por isso, no momento da elaboração do desenho da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco, os gestores da SS do Recife foram atores influentes no modelo de rede proposto para a região.

É uma prioridade organizar a rede, mas é uma questão também econômica. [...] é previsto um número tão alto de mulheres com gravidez de risco? Quantas mulheres vão se transf avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica porque, se soubesse, para onde iria o dinheiro? É importante jogar o dinheiro ali, dentro da unidade básica, porque é ali que a maioria das coisas vai se resolver. Como não se faz isso, então se constrói uma unidade de alto risco. Aí continuamos gerando mais doença. Mas será que é melhor construir prédios novos, sem antes estruturar os existentes? Sem requalificar e ver quantos profissionais eu tenho, qual é a prioridade? O que é que está vindo da atenção primária? A gente fazia toda essa discussão e tentava conciliar essas divergências (E 11)

De acordo com os achados da pesquisa, observou-se que a participação de gestores da SS do Recife na formulação da política também se efetivou em âmbito nacional:

Eu fui eleito vice-presidente do COSEMS e participava das reuniões ordinárias do colegiado nacional do COSEMS. A gente tinha um colegiado específico com os secretários de capitais. Nesse colegiado a gente discutia a pauta que iria ser discutida na tripartite. Na tripartite você tem as pessoas responsáveis pelas negociações, três ou quatro pessoas que têm assento na tripartite. Todas as redes foram aprovadas nesses colegiados, inclusive a Rede Cegonha. A gente discutiu a dificuldade de elaborar os planos e desenhos da rede dos municípios, a dificuldade para chegar dinheiro, a burocracia dos repasses. Avançávamos nas críticas do processo de regionalização (E 11).

Pelo que se revela, houve inserção de gestores da SS do Recife no debate e, até mesmo, na formulação da Política em âmbito nacional e local. No entanto, há críticas contundentes que se referem à frágil participação de representantes do movimento de mulheres e de outros movimentos sociais e órgãos do controle social na fase de formulação da política. A questão foi discutida em matéria jornalística:

Semana retrasada, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos enviou carta ao ministro Alexandre Padilha, avaliando a portaria. Assinam o colegiado da Rede e entidades parceiras; o texto mescla preocupações e críticas, inclusive a falta de diálogo com os movimentos feministas. Preocupa-nos ainda que a publicação da Portaria 1.459 de 24/06/2011, que estabelece a Rede Cegonha, não tenha ensejado nenhuma iniciativa por parte deste Ministério para a discussão do seu conteúdo final, ao nosso ver, incompleto em relação aos compromissos inicialmente assumidos. E que não estejam sendo convocadas reuniões com a sociedade civil nas diversas instâncias que sempre compuseram o espectro dos debates junto à área da saúde, além do Conselho Nacional de Saúde, os Comitês e Comissões que compõem esta arquitetura”. [...] A portaria mantém o equívoco de origem da Rede Cegonha, que é a não reafirmação da integralidade de saúde da mulher”, analisa em entrevista exclusiva a esta repórter a cientista social Telia Negrão, secretária-executiva da Rede Feminista de Saúde. “Infelizmente, a portaria deixa de considerar as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de Direitos Sexuais e Reprodutivos em suas bases conceituais (LEMES, 2011).

A entrevista concedida por Télia Negrão corrobora as ideias de outras representantes do movimento de mulheres de que a restrição à participação do movimento de mulheres na formulação da Rede Cegonha implicou na negligência de aspectos cruciais para a garantia da saúde integral da mulher, conforme entendido por uma entrevistada:

Aqui no Recife, essa primeira discussão da Rede Cegonha foi feita sem a participação da Coordenação da Saúde da Mulher. Foi feita em nível do gabinete, com a Secretária de Atenção à Saúde, pessoas da Gerência de Regulação, do Planejamento e de outros setores do nível central. E isso me causou certa estranheza, no momento. Como é que uma gestão não envolve inicialmente as coordenações de política numa discussão que se propõe a articular rede? [...] A primeira reunião que eu fui, lá no prédio da Sudene, com o pessoal do estado e dos outros municípios até a Coordenadora Nacional de Saúde da Mulher tava lá. Eu cai na discussão de paraquedas, muita coisa já tinha caminhado. E vários problemas cruciais que a gente já vinha discutindo ficaram de fora (E 13).

Igualmente uma representante do Conselho Municipal de Saúde do Recife também critica a ausência daquele órgão de controle social no momento da formulação.

Nós não fomos convidadas para participar de discussões da Rede Cegonha. A gente não tem clareza do que é. O que teve aqui no conselho foi uma apresentação dos gestores sobre a saúde da mulher e da criança no município. [...] A gente discute as ações programadas, mas as coisas já vêm pra cá decididas, a gente faz algumas sugestões para mudar a meta ou acrescentar alguma proposição, uma parte é contemplada, mas várias outras não (E 1).

De acordo com os achados do estudo, na fase de formulação do Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco, a participação dos atores foi restrita a gestores e técnicos das secretarias de saúde e COSEMS. Porém, a participação da Gerência de Atenção à Saúde da Mulher da SES-PE na condução do processo foi mais efetiva.

Particpei desse processo desde o início como Gerente de Atenção à Saúde da Mulher no Estado e depois assumi esse lugar de apoiadora do Ministério da Saúde para Rede Cegonha em Pernambuco. Após a realização do diagnóstico dos municípios, foi feita uma grande mobilização nas quatro macrorregiões do estado. Fizemos oficinas macrorregionais puxadas pelos secretários executivos, pelo Grupo Condutor Estadual, ministério e nossa equipe técnica da saúde da mulher (E 14).

A tomada de decisão quanto aos rumos da Rede Cegonha na I Região de Saúde de Pernambuco e no Recife ocorreu com participação ainda mais restrita, sendo circunscrita ao núcleo decisor da secretarias de saúde e chefes do poder executivo. Essa condição está de acordo com as ideias de Howlett, Ramesh e Perl (2013) para quem o processo de decisão política, na maioria das circunstâncias, ocorre com um número bastante reduzido de atores.

Essa discussão da regionalização não passa só pela decisão do gestor da Secretaria Estadual de Saúde, é uma discussão que passa pela gestão do município, pela visão política do prefeito (E 3).

O Plano Regional da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco foi apresentado e aprovado na CIB (Resolução CIB/PE nº 1873, de 26 de março de 2012). Mas, ainda que as ações e o desenho de rede propostos tenham se fundado em análises técnicas, pautadas pelos problemas apresentados na estrutura e qualidade dos serviços, na capacidade instalada e localização dos municípios, as decisões tomadas quanto aos rumos da Política nem sempre se apoiaram em tais análises:

Então você tinha bons produtos escritos, boas discussões, mas na prática não se desenvolvia daquele jeito. A gente tinha um desenho. Eu fiz trezentas avaliações na minha vida. Você senta, discute, faz desenho de rede, prepara material, e aí ... Por exemplo, se discute: nós precisamos construir uma maternidade não aqui, mas em Jaboatão que está sem nenhuma”. Aí a coisa não vai, entendeu? [...] O desenho da rede era interessante, mas não era na CIB que se decidiam as coisas, a decisão era em outro local! [...] Há problemas dentro do sistema, na ordem pública e institucional, na participação dos partidos, no governo. Existe um conjunto de divergências muito grande e que são antagônicas, às vezes. Isso tudo depende de uma mediação política, o tempo todo. [...] O Hospital da Mulher veio, mas não foi por discussão de bipartite. Não foi lá que se discutiu, que se aprovou, não passou pelos conselhos. Não foi uma discussão decorrente de um grande pacto da região metropolitana, dentro de um desenho de rede da região metropolitana. Há um desenho de rede feito na bipartite, mas na prática não é o que está acontecendo. Decide-se e depois vai se adaptar pra ver como funciona (E 11)

A percepção do ex-gestor entrevistado coloca o processo de tomada de decisão enquanto momento eminentemente político e restrito aos atores ocupantes de cargos de alto comando da gestão pública. De modo que tais decisões podem ser influenciadas por grupos internos ou externos com poder de influência nas decisões governamentais.

Essa concepção remete a divergências teóricas que compreendem o momento da tomada de decisão na perspectiva racionalista ou incrementalista. A primeira, com um caráter mais técnico, onde se propõem as soluções mais eficientes para resolver os problemas (SIMON, 2014); a segunda, mais condizente com os cenários reais da gestão pública, onde as decisões são tomadas de acordo com a viabilidade (LINDBLUM, 2014). Uma terceira perspectiva concebe uma confluência entre as duas propostas anteriores. Trata-se do método da sondagem mista (*mixed scanning*), no qual as decisões públicas resultariam de uma busca rápida por soluções viáveis, seguidas de exames mais detalhados das alternativas mais promissoras (ETZIONI, 2014).

Neste ponto, corroboramos a alegação de Howlett, Ramesh e Perl (2013) que define o processo decisório como o estágio mais político, na medida em que as várias soluções

apresentadas para um problema são reduzidas pelos atores com poder de decisão a apenas uma ou poucas. E aí então esses atores definem o curso de ação de uma determinada política.

Discutimos a possibilidade de fazermos realocações de leitos para fortalecer alguns serviços de referência que poderiam atender a um grupo de municípios. Identificamos quais municípios deveriam ter seus serviços estruturados, aonde era importante construir serviços, como organizar os fluxos. O estado discutiu o desenho de rede que de fato quer. O Ministério entrou como apoiador, mas tudo isso não é fácil porque os gestores dos estados e municípios são autônomos pra tomar decisões (E 14).

A organização das referências regionais foi discutida pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde ao longo da discussão dos planos, mas esbarrou na dificuldade de alguns prefeitos de justificar para a população a retirada de uma maternidade do seu município. Nenhum prefeito em sua consciência vai querer fechar um serviço. Tem estes limites culturais, sociais e políticos. O desenho é fácil, mas tem que levar em conta o território vivo, as pessoas, as relações sociais e políticas, o que é que tá acontecendo ali na região (E 3).

Nesta pesquisa identificamos que o componente político foi preponderante na tomada de decisão quanto aos rumos da Rede Cegonha na I Região de Saúde de PE. As narrativas dos entrevistados (as) também corroboram a ideia já debatida neste estudo de que as fases de desenvolvimento da política não são sequenciais, nem delimitadas. O ciclo da política é dinâmico e as fases se inter-relacionam (RODRIGUES, 2011). Por isso, no próximo tópico, no qual analisaremos a implementação da Rede Cegonha no Recife, trataremos de averiguar o cumprimento das ações planejadas e as mudanças na tomada de decisões diante da mudança dos gestores municipais em decorrência do ciclo político-eleitoral.

7.3.2 A implementação da Rede Cegonha

Após compreendido o entrecruzar dos processos de inclusão na agenda, formulação e tomada de decisão da Rede Cegonha em nível nacional, regional e local, parte-se para uma análise do processo de implementação da Política no Recife.

É o momento de focar na análise das medidas concretas para estruturar e qualificar a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, compreendendo a inserção do município no desenho da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco. Assim, além dos serviços sob gestão municipal, foram incluídos os hospitais (estaduais, federal e filantrópico) localizados no Recife, já que são referência estadual para a assistência ao parto de alto risco e, por conseguinte, para as munições do Recife.

Vale considerar que a implantação da Rede Cegonha no primeiro ano do governo da presidenta Dilma Rousseff, em 2011, ocorreu no terceiro ano da gestão do Prefeito João da Costa, no Recife. Foi o segundo mandato consecutivo da gestão do PT na cidade. O contexto institucional e político era favorável: no governo federal e municipal, os chefes do poder executivo pertenciam a um mesmo partido, o PT; na Secretaria de Saúde do Recife, no período de 2009 a 2012, desenvolvia-se o modelo de atenção “Recife em Defesa da Vida”, fundado nos pressupostos da humanização no SUS.

Com o intuito de remodelar a gestão e a atenção nos serviços de saúde municipais, entre 2009 e 2012, foram operadas mudanças na organização do trabalho das equipes gestoras e desencadeadas ações para qualificar a assistência ofertada nas unidades de saúde sob gestão municipal. Essas práticas incidiram sobre a assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife.

Segundo Coêlho (2012), até o final de 2011, vários dispositivos organizacionais do modelo “Recife em Defesa da Vida” já haviam sido implantados: o apoio integrado ao território; o apoio matricial e definição das equipes de referência; a elaboração de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva; o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade nas UBS e nas urgências, hospitais pediátricos e maternidades municipais, entre outros.

As atividades desenvolvidas para operacionalizar o Modelo propunham intervir em todo o escopo da atenção ofertada nas unidades de saúde e, sendo assim, também se constituíram em estratégias para qualificar a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no município.

Com a mudança do grupo político gestor em 2013, a prefeitura do Recife passou por uma reforma administrativa e retomada nos rumos das políticas públicas e modelo de gestão. O Plano de Governo do Recife foi elaborado a partir do conceito de “Gestão Pública por Resultados, que está baseado no compromisso com a população- resultados que impactam na vida das pessoas, com ótimos padrões de eficiência, eficácia e efetividade, com ética e transparência” (RECIFE, 2016c).

Na Saúde, esses conceitos foram incorporados no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e desdobrados a partir de seis diretrizes: ampliar as ações e os espaços intersetoriais de promoção à saúde para melhoria da qualidade de vida das pessoas; fortalecer e ampliar o acesso à atenção básica em saúde; reduzir o tempo de espera para o acesso à atenção em saúde, através da definição e implementação das redes assistenciais baseadas em linhas de cuidado integrais; aprimorar as ações de vigilância em saúde com foco nos riscos e agravos

prioritários e na capacidade de resposta rápida; fortalecer a capacidade de gestão objetivando resultados que impactem na vida das pessoas; fortalecer o controle social e a transparência pública (RECIFE, 2013b).

A Rede Cegonha se desenvolveu, portanto, durante dois mandatos do poder executivo municipal, com repercussões na tomada de decisão quanto aos rumos da Política. Neste tópico, analisaremos como e quais medidas foram efetivamente colocadas em ação nos serviços sob gestão municipal e se houve e quais foram as mudanças de estratégias adotadas pelos dois grupos gestores no município. A discussão também tratará das medidas adotadas nos hospitais públicos que prestam assistência ao parto de alto risco localizados no Recife.

Neste percurso, será analisada a influência dos atores nesse processo de implementação e serão tecidas considerações para classificar o tipo da Política.

7.3.2.1 A atenção ao pré-natal

7.3.2.1.1 A qualificação da atenção ao pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS) e a captação precoce das gestantes

Tomando como referência as ações estratégicas previstas na portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, identificamos as medidas efetivamente adotadas e os resultados alcançados na qualificação da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife.

Entre 2011 e 2015 não houve ampliação do acesso à assistência ao pré-natal de risco habitual no Recife, tendo em vista que a cidade não expandiu os serviços básicos de saúde. A cobertura desses serviços passou de 58,17% para 56,53% da população (RECIFE, 2015b). Vale esclarecer que ainda que os números indiquem redução nessa cobertura, de fato, não houve diminuição de serviços. As Equipes de Saúde da Família passaram de 257 para 272. A redução apresentada deve-se à mudança na forma de cálculo dessa cobertura. Até 2012, adotava-se o número de 3.450 pessoas por ESF e, após 2013, esse cálculo passou a ser feito com 3.000 pessoas (RECIFE, 2014b, 2015b).

Para Duarte (2014), o grupo que assumiu a SS do Recife em 2009 optou por priorizar a revisão dos processos de trabalho por meio do modelo de atenção “Recife em Defesa da Vida”. Naquele momento a gestão considerou inviável a continuidade da expansão, tendo em vista o comprometimento do orçamento municipal com a saúde e a crise econômica iniciada em 2008. Entre 2009 e 2012 foram ampliadas apenas seis USF (RECIFE, 2012b).

A partir de 2013, com a gestão do prefeito Geraldo Júlio, assume-se o compromisso de expandir os serviços básicos de saúde com novos padrões de qualidade (RECIFE, 2013b). Para isso, previa-se construir 20 Upinhas/USF 24hs. As “Upinhas”, como comumente denominadas, são unidades básicas com três Equipes da Estratégia de Saúde da Família e equipe básica para o atendimento 24h às pequenas urgências e horário estendido para as consultas, das 07h às 19h. Propõe-se que incorporem a população assistida pela Estratégia de Saúde da Família e entorno (cerca de 50.000 pessoas) para atendimento noturno, em finais de semana e feriados (RECIFE, 2016b).

Entre 2013 e 2015, apenas 04 USF foram transformadas em Upinhas/USF 24 h (Morro da Conceição, Córrego do Jenipapo, Linha do Tiro, Bomba do Hemetério) e 05 em Upinhas/USF/Dia (Novo Prado, Novo Jiquiá, Córrego do Euclides, UR04/05, Dom Hélder). As Upinhas/USF/Dia funcionam conforme as USF. Foram assim denominadas por apresentarem um padrão de estrutura física diferenciada, semelhante às Upinhas/USF/ 24h (RECIFE, 2016b). Assim como ocorreu na gestão do prefeito João da Costa, nos três primeiros anos da gestão de Geraldo Júlio a expansão da cobertura da ESF foi mínima, tendo em vista que todas as “Upinhas/USF” foram USF reconstruídas ou reformadas.

Uma enfermeira entrevistada analisa as implicações da não expansão da cobertura da ESF para a qualidade da assistência ao pré-natal no município:

Toda a equipe se engaja na captação precoce das gestantes. Os ACS, se encontrarem alguma mulher com a menstruação atrasada durante as visitas domiciliares, a orientam a procurar a unidade de saúde. Se chegar na unidade com a menstruação atrasada, a gente oferece o teste rápido de gravidez. Se ela quiser, faz o teste ali na hora. Não tem faltado teste na unidade. Se tiver grávida, faz a consulta com a enfermeira no mesmo dia, ou então marcamos para o mais próximo possível. [...] O maior problema que a gente tem para realizar a captação precoce das gestantes é o alto percentual de área descoberta. Essas mulheres vão pras unidades básicas tradicionais, mas, muitas vezes, já chegam lá pelo quinto ou sexto mês de gestação (E 1).

A fala da entrevistada traz à tona a discussão entre as diferenças do modelo de atenção da ESF e unidades básicas tradicionais. As visitas domiciliares preconizadas pela ESF são um recurso estratégico para a captação precoce das gestantes. Todavia, a inexistência dessa estratégia nas unidades básicas tradicionais é apontada como a maior dificuldade para ampliar o percentual de captação dessas gestantes, em tempo oportuno.

Outra questão ressaltada retrata que a implantação das discussões dos Projetos Terapêuticos Singulares e o apoio matricial às equipes da atenção básica se constituíram em

instrumentos importantes para a qualificação do cuidado nos anos 2011 e 2012, durante o desenvolvimento do modelo de atenção “Recife em Defesa da Vida”.

Na gestão anterior, na minha unidade, eu via que tinha um incentivo maior pra discutir os casos mais complicados, daquelas mulheres que tinham uma condição complicada, que não vinha pro pré-natal porque eram usuárias de droga, por exemplo. A gente tinha umas discussões para ver como acompanhar aquele caso e decidir o que ia ser encaminhado. A gente discutia muito sobre a humanização da assistência (E 12).

Ao propor um acompanhamento mais cuidadoso de casos clínicos complexos a implantação dos projetos terapêuticos singulares foi uma das proíficas estratégias para o acompanhamento da linha de cuidado de gestantes com maior vulnerabilidade. No entanto, alguns entrevistados (as), relataram que a adoção desses projetos foi importante, mas não foi suficiente para garantir as condições necessárias para uma assistência de qualidade.

Muitas vezes a gente discutia um caso com todo mundo que tava envolvido naquele cuidado, mas a coisa emperrava porque não tinha suporte da rede para algumas situações que precisavam ser resolvidas (E1).

No que se refere à realização de visitas domiciliares durante o pré-natal e puerpério, os entrevistados (as), relatam que essas visitas- vêm sendo realizadas principalmente pelos ACS, com frágil adesão de médicos (as) e enfermeiros (as):

A gente tem dificuldade pra fazer a visita domiciliar, quem faz essa visita é mais o ACS, porque com a quantidade de famílias que a gente tem fica inviável (E 8).

Quando o ACS identifica algum problema nos comunica e a gente marca uma consulta pra essa mulher, ou mesmo quando a gestante não está vindo pras consultas a gente pede para o ACS ir lá chamar essa mulher pra vir pra consulta (E 12).

Já quanto à disponibilização do cartão da gestante, os relatos apontam que não há dificuldade na oferta:

A gente não tem problema com o fornecimento do cartão da gestante não. Todo mundo recebe. Quando tá acabando a gente pede no distrito e aí eles pegam com o pessoal da saúde da mulher do nível central (E 12).

A ampliação do percentual de gestantes com seis ou mais consultas se apresentou como uma das metas prioritárias no Recife, fazendo parte das pactuações do município com a SES/PE e MS por todo o período analisado.

Se a gestante não vem pra consulta a gente pede pra o ACS ir lá ver o que tá acontecendo porque a gente tem que garantir pelo menos as seis consultas. Eu tenho um controle no meu livro de gestante de todas as minhas gestantes (E 8).

Além do compromisso que a gente tem, nós também somos avaliados no PMAQ, onde é visto o trabalho de cada equipe, o alcance das metas, os indicadores, os óbitos infantis, as consultas de pré-natal (E 12).

Ainda que os relatos remetam a uma melhoria no acompanhamento do pré-natal, os registros documentais e dos sistemas de informação em saúde demonstram que a ampliação da proporção de gestantes com seis ou mais consultas foi muito pequena no período. Passou de 54,84% para 56,67% das gestantes do município.

Seguindo as diretrizes do MS, as consultas de pré-natal de risco habitual realizadas pelos profissionais de enfermagem vêm sendo feitas de forma intercalada com a presença do (a) médico (a), mas há relatos de dificuldade na organização e divisão do trabalho entre profissionais:

Lá no Distrito V, além de fazer o grupo de gestantes, a enfermeira atendia o pré-natal de baixo risco, fazendo alternância comigo. Quando ela precisava de algum esclarecimento médico, me procurava para tirar dúvida, até porque sabia que eu tinha feito residência médica em ginecologia e obstetrícia (E 08).

A gente segue o protocolo do Ministério da Saúde, que orienta que as consultas sejam intercaladas, entre enfermeiras e médico. Mas há uma resistência muito grande de alguns médicos para fazer esse acompanhamento, acham que não têm esse conhecimento e que a enfermeira desenrola melhor. Logo quando chega um médico na unidade, eles são um pouco resistentes. Mas, à medida que a gente fala: não sou eu que quero, é o melhor pra gestante e pra equipe, então, na minha vivência, depois dessa sensibilização, eu não tenho problema. Porque a responsabilidade pelo que acontecer com aquela gestante é de toda a equipe (E 1).

Alguns entrevistados (as) analisam que o fato das equipes da ESF serem formadas principalmente por profissionais generalistas implicaria em dificuldades na divisão do trabalho e baixa qualidade na assistência ao pré-natal, no âmbito das unidades básicas.

Tem muito o que melhorar em 2 pontos principais: primeiro na qualificação profissional. A gente sabe que na atenção básica, tanto médicos como enfermeiros, nem sempre têm experiência em obstetrícia. E aí se não houver treinamento efetivamente sério, não simplesmente uma reunião, ou um treinamento de 2 horas, mas uma formação com continuidade, a gente vai continuar tendo pacientes que tiveram complicações durante o pré-natal, ou no puerpério, ou recém-nascidos que tiveram problemas também, com certeza relacionados à baixa qualidade do pré-natal (E 8).

No entanto, o MS recomenda o modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas. Essa recomendação toma como base as evidências de que não foi

identificada diferença estatística nos desfechos de trabalho de parto (premature, cesarianas, casos de anemia, infecções do trato urinário, hemorragia no terceiro trimestre e mortalidade neonatal) nos casos de assistência ao pré-natal acompanhados por médicos generalistas e gineco-obstetras (BRASIL, 2012e).

De acordo com os achados do estudo, os problemas para a qualificação da assistência ao pré-natal no Recife estariam fortemente vinculados à fragilidade das atividades de educação permanente destinadas a esses trabalhadores:

No meu distrito a gente tinha umas reuniões mensais, ou bimensais, não lembro, onde a gente discutia alguns temas com relação ao pré-natal, a assistência à criança de risco, na gestão anterior. Participavam os profissionais da atenção básica, da maternidade Bandeira Filho, o pessoal do nível central, da regulação. As pautas eram diversas, mas às vezes vinha um profissional pra dar uma palestra. Acho que não era o ideal, mas tinha uma continuidade. Depois, com essa gestão aconteceram uns fóruns mais não foi do mesmo jeito (E 12).

Uma gestora de um hospital estadual de referência para o pré-natal e parto de alto aborda o problema:

Ainda existe uma falha muito grande na assistência básica, na qualidade do pré-natal. A gente questiona a preparação dos profissionais da atenção básica para conduzir o pré-natal. Muita coisa poderia ser sanada na própria assistência básica com um pré-natal mais adequado. O que a gente questiona é como está sendo o acompanhamento dessas pacientes que não vão para o pré-natal? [...] É raríssimo encontrar uma mulher com um número menor do que seis consultas, na região metropolitana. E aí eu questiono a qualidade dessas consultas porque tem chegado muita mulher aqui no hospital com infecção urinária, sífilis! Será que esse pessoal tá sendo capacitado? Mas também tem o problema da busca ativa dessas gestantes (E 6).

Outro problema evidenciado foi a fragilidade das ações programadas e realizadas para preparar as mulheres para a realização do parto normal. Tal problema ganha maior relevância diante do propósito de redução do percentual de partos cesarianos, que é um dos objetivos primordiais da Rede Cegonha. A fala de uma enfermeira obstetra entrevistada corrobora com a percepção apresentada:

É preciso preparar a mulher para o parto normal desde o pré-natal. Sendo que elas não estão sendo preparadas, esclarecidas no pré-natal. Eu tava falando: minha gente, eu acho que é até uma violência a gente botar uma mulher para parir em pé, se exercitando, sem ela ter a menor noção do que é isso. Sem ela ser preparada desde o pré-natal! Porque dói. Veja: é uma dor grande! Eu sei porque eu tive dois partos normais. A mulher tem que entender pra quê tudo aquilo, entender quais são as vantagens! Elas chegam sem essa noção (E 7).

A fala da entrevistada também demonstra que não há articulação entre as práticas de preparação para o parto normal desenvolvidas nos serviços básicos de saúde e as atividades realizadas nas maternidades. Outra enfermeira obstetra entrevistada relatou algumas iniciativas realizadas entre os anos 2011 e 2012 com o propósito de promover tal articulação e vincular as gestantes às maternidades municipais:

A gente teve algumas visitas de gestantes aqui na Bandeira filho. Elas vinham pra conhecer a maternidade e conhecer o trabalho da gente com relação ao parto normal. Eram acompanhadas em PSF próximos daqui da maternidade. Mas a gente não podia garantir que iriam parir aqui (E7)

A impossibilidade de vincular às gestantes às maternidades municipais foi uma das principais dificuldades apontadas para a preparação das gestantes para o parto normal.

Os fóruns perinatais, que serão discutidos no item referente aos dispositivos de cogestão, foram espaços de discussão e formação, mas não propiciaram efetivas ações de articulação dos serviços na condução da linha de cuidado de gestantes.

Em linhas gerais, não foram evidenciadas mudanças significativas no acesso e qualidade do pré-natal no município. A fragilidade no registro das informações dificulta uma análise mais apurada acerca da qualidade da assistência ao pré-natal no Recife. Mas é possível afirmar que a maior prioridade dada às atividades do apoio matricial às equipes básicas de saúde, no período de 2011 a 2012, foi um elemento importante para qualificar a assistência pré-natal. Todavia, as ações desenvolvidas não se constituíram de fato em educação permanente, isto é, não foram incorporadas ao processo de trabalho de modo a suprir as reais necessidades de aprimoramento para o acompanhamento da linha de cuidados das gestantes. Um dado significativo foi à ínfima ampliação do número de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, passando de 54,84% para 56,67% no período do estudo, o que parece ter forte vinculação com a baixa expansão da ESF.

Os avanços mais significativos foram a organização das práticas de acolhimento com classificação de risco das gestantes e a melhoria do acesso e da organização do fluxo para os serviços de pré-natal de alto risco.

7.3.2.1.2 As ações educativas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Na assistência ao pré-natal, os documentos ministeriais preconizam que a orientação sexual e reprodutiva priorize a implementação da atenção em planejamento familiar num

contexto de escolha livre e informada, com incentivo à proteção (prevenção do HIV, da sífilis e das demais DST) durante as consultas médicas e de enfermagem e atividades de vacinação, assim como a realização de atividades educativas (BRASIL, 2012e).

De acordo com os registros documentais as ações de orientação sexual e reprodutiva na assistência ao pré-natal, realizadas pelas ESF e profissionais das maternidades do Recife, concentraram-se nas atividades educativas, distribuição de preservativos masculinos e femininos, orientações com relação a contracepção e contracepção cirúrgica voluntária, oferta de teste rápido de gravidez e de sífilis, oferta de contraceptivo de emergência, além do diagnóstico e tratamento relacionados à saúde sexual e reprodutiva (RECIFE, 2011b, 2012b, 2013b, 2014b, 2015b).

No entanto, foram identificadas dificuldades na realização de algumas dessas atividades, no cotidiano dos serviços:

A oferta do teste rápido da gravidez e a contracepção de emergência são avanços proporcionados pela Rede Cegonha.. Em Recife, nós distribuímos pra todas as unidades básicas. Mas eu chegava à unidade e falava da oferta da pílula e muitos profissionais diziam: “Pra que isso aqui? Eu não quero isso aqui! Essas coisas vão depender dos valores pessoais, mas não é tão fácil implementar porque nem todo mundo vai ter essa leitura e nem vai seguir o protocolo. Vai acabar tirando o direito daquela mulher. Aí ela vai fazer o teste aonde? Vai à farmácia receber o diagnóstico sem nenhuma orientação e vai tomar o rumo que ela quiser. E vai chegar pra gente ou infectada ou morta. Ou então grávida, mas já com a barriga imensa depois que tentou fazer tudo porque não queria aquela gravidez, mas não conseguiu (E 13).

De acordo com a análise de E 13, a oferta dos insumos (teste rápido para gravidez, anticoncepção de emergência) nas unidades de saúde nem sempre foi suficiente para assegurar o direito das mulheres de diagnosticar a gravidez de forma precoce e de evitar uma gravidez indesejada. Os problemas decorrem da indisponibilidade de alguns profissionais em ofertar e proceder com as orientações quanto ao uso adequado dos insumos tendo em vista concepções pessoais.

A questão da resistência ao uso da contracepção de emergência também foi tratada em documento ministerial:

A anticoncepção de emergência (AE) é um importante método anticonceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada decorrente de violência sexual, relação sexual eventualmente desprotegida ou falha na anticoncepção de rotina. Assim sendo, a anticoncepção de emergência é fundamental para a garantia da atenção integral a saúde das mulheres adolescentes, jovens e adultas, bem como do pleno exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos – direitos humanos reconhecidos em convenções das quais o Brasil é signatário. Contudo, e a despeito de não ser abortivo, o método ainda enfrenta intricada barreira para sua efetiva

difusão e utilização, haja vista as resistências e as informações imprecisas que ainda circundam o método (BRASIL, 2010b).

Percebe-se que a participação dos atores na garantia desses direitos se desenvolveu de modos distintos, com apoios e discordâncias quanto à implantação das ações. Essa análise está de acordo com as concepções de Howlett, Ramesh e Perl (2013) para quem, nos serviços públicos, o fato das atividades serem maiormente desenvolvidas por servidores públicos, confere a esses atores um papel preponderante na implementação das políticas públicas.

7.3.2.1.3 A realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e o acesso aos resultados em tempo oportuno

A Rede Cegonha surge com a proposta de melhorar o acesso aos exames pré-natais em tempo oportuno. Para tanto, prevê o financiamento dos exames preconizados no pré-natal de baixo e alto risco, acrescentando alguns novos exames aos já previstos em protocolos ministeriais (descritos no quadro 10).

No Recife, foram identificadas, nos Planos Municipais de Saúde vigentes entre 2011 e 2015, as seguintes propostas de ampliação da oferta de exames pré-natais: realização dos testes rápidos anti-HIV em 50% das unidades básicas de saúde, com a garantia de aconselhamento de pré-teste e pós-teste; ampliação de 100% no número de testes para HTLV, VDRL e HIV (Plano Municipal de Saúde – 2010 - 2013). A partir de 2013, foram ainda programados: ampliação da testagem rápida para sífilis para 100% das unidades básicas de saúde; aumento de 30% no número de testes de detecção de HIV; aumento de 100% no número de testes de sífilis; oferta de exame de eletroforese para 70% das mulheres gestantes. Além disso, o município programou estruturar 75% das unidades de saúde para disponibilizar os resultados dos exames realizados pelo LMSP, via web, e reduzir o prazo de entrega para, no máximo, 20 dias (RECIFE, 2013a).

Para compreender como se efetivou o acesso aos exames pré-natais no período, seria necessário comparar a produção dos exames pré-natais registrada nos sistemas de informação com os parâmetros assistenciais da Rede Cegonha (quadros 11 e 12). Todavia, ao tentar realizar essa análise, deparamo-nos com um grave problema de subnotificação das informações registradas no SIA/SUS e SIH/SUS, no período do estudo.

Constatou-se que o sub-registro dos exames ocorreu devido a duas questões: o não funcionamento do Sis prenatal- web, no município, até o final de 2014 e a não obrigatoriedade

de registrar a informação sobre a condição da mulher – gestante ou não gestante – na ficha de cadastro do SIA/SUS. Desse modo, quando selecionada a condição gestante, verificou-se um registro insignificante de exames para detecção de HIV. As melhores informações foram identificadas no âmbito hospitalar. Nos hospitais, o número de exames/ano de detecção de HIV foi ampliado de 4.766 para 5.296 exames/ano (11,1%); o de ultrassonografia obstétrica passou de 14.192 para 20.421 (43,9%) e o número de exames/ano de ultrassonografia com doppler, passou de 1.636 para 2.427 (48,3%).

Constatou-se que não há registro da produção de teste rápido para gravidez e de detecção de sífilis em todo período analisado. Verificou-se também uma redução de 40,2% no número de exames/ano de dosagem de creatinina /ureia /ácido úrico, por partos, passando de 4.481 para 2.677. Houve redução do número do número de testes de sífilis em gestantes, passando de 0,75 para 0,4 teste por gestante. No entanto, há uma possibilidade de que a redução apresentada no número desses exames seja decorrente de sub-registro.

Os demais exames como sumário de urina, dosagem de hemoglobina fetal, dosagem de proteínas totais em internações, teste indireto de antiglobulina humana (TIA) e exames adicionais para gestantes de alto risco - contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina de 24 horas), eletrocardiograma e tococardiografia anteparto- apresentaram registros insignificantes.

Todavia, ainda que não seja possível mensurar o grau de acesso e avaliar o tempo de resposta dos exames, de forma precisa, os relatos dos entrevistados (as) demonstram como esses serviços vêm sendo ofertados:

Eu diria que já houve uma melhora sensível na oferta dos exames, nos últimos anos, mas ainda tem muita falha na entrega dos resultados. Muitas vezes a paciente vem pra consulta, traz os exames laboratoriais de sangue, mas não chega o resultado do exame de urina. O VDRL e o HIV demoram. Às vezes eu digo brincando: o menino nasce e não chega o resultado! O resultado do HIV se chegar com 3 meses eu digo que foi rápido.[...] Eu já ouvi, em reuniões alguém dizer: “Há necessidade de fazer cultura de urina em toda gestante”. Ora, a gente solicita sumário de urina e, muitas vezes, não vem o resultado, quanto mais a cultura!. A gente precisa de uma ultrassonografia numa paciente e leva 2 ou 3 meses para fazer! (E 8).

A gente tem uma etiqueta azul para identificar a guia de solicitação de exames das gestantes, quando encaminhamos pra o laboratório ou para os especialistas, dentro da nossa rede. Porque a gestante tem que ter prioridade nesse atendimento. Há mais ou menos um ano essa etiqueta vem sendo utilizada (E 1)

No caso dos exames para o pré-natal de alto risco, os relatos descrevem problemas de maior magnitude, com dificuldade no acesso e retorno dos exames:

Não se consegue fazer um ultrassom morfológico. No caso de uma paciente hipertensa, diabética gestacional, que você precisa fazer um Doppler.... aí, me desculpe a brincadeira, eu digo: “Se inscreva no programa de Silvio Santos, para o Porta da Esperança, que eu acho que você vai conseguir mais fácil”. Uma coisa é dizer que tem o exame, outra é a paciente conseguir fazer (E 9).

A fala do entrevistado denuncia a insuficiência na oferta dos exames prescritos em casos de pré-natal de alto risco. Também nesse caso a avaliação do acesso foi prejudicada pelo sub-registro de informações.

Considerando o recorte analítico desta pesquisa, não foram abordados os processos de regulação da assistência. No entanto, vale a pena registrar o atual fluxo de acesso. A marcação dos exames básicos é feita na própria unidade de saúde, por meio do sistema de regulação usado no município, o SISREG. Os exames para o pré-natal de alto risco são marcados nos serviços de referência para o pré-natal de alto risco (RECIFE, 2016b, 2016c).

De acordo com Balanço de Gestão 2013-2016 da SS do Recife, identifica-se que foram adotadas medidas para reduzir a fila de espera de alguns exames, entre 2015 e 2016. Os registros descrevem a seguinte redução: endocrinologia: 3.842 para 1.323 pessoas; ultrassonografia: 45.666 para 7.094 pessoas. Não foi identificado registro do número de pessoas na fila de espera para os anos anteriores (RECIFE, 2016c)

Os achados apontam que houve melhora na oferta de alguns exames básicos, com redução na fila de espera de usuários (as), mas que persistem os problemas de acesso com relação à maior parte dos exames e os entraves no recebimento dos resultados desses exames em tempo oportuno.

7.3.2.1.4 A prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e hepatites

Entre 2011 e 2015 ocorreu um aumento de 76% no número absoluto de casos de sífilis congênita no Recife, com ampliação de 226 para 398 casos (Recife, 2015b). Vários entrevistados destacaram dificuldades na garantia do tratamento aos casos de sífilis especialmente no âmbito das UBS. Um claro indicativo do problema pode ser verificado no RAG/13 no qual se registra que apenas 30% das UBS do município realizaram tratamento de sífilis com penicilina naquele ano. O RAG/14 não registra o número de unidades de saúde que realizaram tratamento para sífilis, porém, descreve que a situação da sífilis congênita permanece grave, com registro de 371 casos. No documento, destaca-se que foi desenvolvido um conjunto de ações como implantação do teste rápido para sífilis em 54 UBS, agilização

dos resultados dos exames VDRL e capacitação dos trabalhadores, porém aponta para a descontinuidade da oferta de penicilina benzatina durante o ano.

A narrativa de uma entrevistada de um hospital estadual localizado no município coaduna-se com as informações registradas nos documentos:

Eu questiono a qualidade dessas consultas porque tem chegado muita mulher com infecção urinária, sífilis! Muitas com casos de sífilis mal conduzidos, mal tratados. Um absurdo! Elas podem até estar sendo tratadas na rede básica, mas os companheiros não estão sendo tratados! Os profissionais não querem fazer a penicilina, porque não tem estrutura, e é aquela confusão! (E 06).

Quanto à prevenção de HIV/AIDS, constata-se uma redução do número de casos novos de aids em menores de 05 anos que passaram de 5 para 2 casos/ano no período do estudo. Os principais problemas apontados foram relativos à demora no recebimento dos resultados de exames preventivos.

7.3.2.1.5 A qualificação do sistema e da gestão da informação

A qualificação dos sistemas de informação passa por processos de aprimoramento das atividades de busca, identificação, classificação, processamento, armazenamento e disseminação de informações. Pelo menos dois sistemas nacionais de informação em saúde compilam a grande maioria das informações acerca da situação de saúde de gestantes, do parto e de recém-nascidos: o SISPRENATAL-WEB e o SINASC.

Foi possível identificar um monitoramento sistemático de alguns indicadores relacionados à saúde sexual e reprodutiva e à atenção ao pré-natal e ao parto no Recife que compõem o conjunto de indicadores pactuados juntamente à SES/PE, por meio do SISPACTO: razão de exames citopatológicos do colo do útero; razão de mamografias realizadas; % partos normais; % de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal; nº testes sífilis em gestantes; nº de óbitos maternos; taxa de mortalidade infantil (por 1000 NV); % de óbitos infantis e fetais investigados; % de óbitos maternos investigados; % óbitos mulheres em idade fértil investigados; casos novos de sífilis congênita em menores de um de ano (BRASIL, 2016c).

Todavia, não foram identificadas informações importantes para uma análise mais consistente acerca da qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto devido ao sub-registro ou mesmo total ausência de registro de dados no banco de dados do SISPRENATAL-web do município. Por exemplo, não foi possível verificar o percentual de gestantes captadas até a 12^a

semana de gestação e o percentual de gestantes que realizaram os vários tipos de exames preconizados no pré-natal. Verificou-se que, durante o processo de transição para implantação do SISPRENATAL-web, no município, ocorreu um período de interrupção na utilização do referido sistema. Desse modo, só há registro de dados a partir de 2014 e, ainda assim, com sub-registro.

Nas Programações Anuais de Saúde foram previstas algumas ações para ampliar a utilização do cadastro das gestantes e monitorar o preenchimento adequado das fichas de cadastro e acompanhamento diário do SISPRENATAL-web, mas ainda se constata um importante sub-registro de dados.

A gente não consegue saber como está nosso percentual de captação precoce porque essa informação só é fornecida no sis prenatal e o sistema ainda não está funcionando a contento no município, pouco se preenche essa informações na unidades. Se for área coberta pelo PSF a gente tem a informação, mas não corresponde a real situação do Recife (E 12).

Até o final da coleta de dados do estudo, o SISPRENATAL web, estava sendo alimentado em algumas unidades de saúde, mas com acentuado sub-registro de informações.

7.3.2.1.6 O acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade nas unidades básicas de saúde

A Rede Cegonha retoma diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, fomentando a prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade em todos os serviços da rede de atenção à saúde. Essa prática deve contemplar tanto o atendimento às gestantes com agenda programada quanto à demanda espontânea, abordando cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. De modo geral, propõe uma mudança e uma postura ética na forma do acesso aos serviços de saúde que são comumente organizados de forma burocrática, a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004a).

Nos anos 2011 e 2012, com o modelo de atenção “Recife em Defesa da Vida”, a estratégia de acolhimento com classificação de risco foi implantada nos serviços básicos de saúde. A meta municipal era 100% de implantação da estratégia do acolhimento nas USF e nas três maternidades municipais, até o final de 2013. A estratégia do acolhimento se destinou à qualificação da atenção de todo o escopo de atuação dos serviços básicos de saúde, no qual se inclui a atenção ao pré-natal. Uma enfermeira da ESF explana a questão:

A gente faz o acolhimento da gestante do mesmo jeito que faz pra todo mundo. Não tem um tratamento diferenciado. Se ela aparecer na unidade relatando algum problema que mereça uma ação mais imediata, a gente conversa com o médico e se for o caso ele vê essa mulher no mesmo dia, se não a gente vê qual vai ser o encaminhamento (E 1).

Para a implantação do dispositivo, foi adotada uma matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação do acolhimento, adotada até 2012. Conforme Coelho (2012), foram definidas várias estratégias para organizar a prática do acolhimento com classificação de risco tais como: elaboração e revisão dos protocolos de acolhimento, clínicos e de acesso para os serviços de diversos níveis de complexidade; realização de marcação de consulta na ocasião do acolhimento, mediante critério de risco, garantindo a hora marcada; reestruturação e implantação do acolhimento nas três maternidades e seis unidades de emergência com a contrarreferência para as unidades básicas de saúde; reuniões para sensibilização dos profissionais; elaboração de fichas de classificação de risco e adequação da estrutura física das UBS, maternidades e emergências para implantação do acolhimento com classificação de risco (COÊLHO, 2012; RECIFE, 2009, 2011b).

De acordo com os dados apresentados no RAG, em 2013, 60% das Unidades Básicas de Saúde haviam implantado a estratégia do acolhimento e 17,8% implantaram de forma parcial. A partir de 2013, com a mudança de gestão, a estratégia do acolhimento com classificação de risco nas UBS e maternidades foi fomentada, ainda que não tenham sido mantidos os mesmos instrumentos de monitoramento e avaliação dos processos de trabalho.

De acordo com o RAG-2015, o serviço de acolhimento com classificação de risco nas três maternidades municipais foi implantado em 2015 e, no mesmo ano, 100% das USF realizavam acolhimento aos usuários.

Ainda que os documentos apresentem um importante grau de organização da estratégia do acolhimento e que os resultados quanto ao grau de implantação sejam bastante positivos, alguns relatos apontam importantes dificuldades e conflitos que permearam esse processo:

A orientação que a gente tinha das Gerentes de Território é que todos tinham que implantar o acolhimento nas suas unidades, tinham que cumprir as metas que a gestão definiu. Mas aquele atendimento gerava muitos conflitos porque tinha gente que queria chegar na unidade e fazer uma consulta sem marcação. Na verdade, com as gestantes a gente não tinha problemas, porque elas já tinham as consultas marcadas. Mas às vezes elas vinham pro acolhimento pra saber sobre o resultado dos exames. De certo modo aquilo interferia no nosso atendimento (E 12).

Era muito difícil fazer um acolhimento com qualidade na nossa unidade por conta do espaço físico, a gente não tinha nem sequer onde escutar o usuário. Ia atender

como? Tinha equipes que não tinham nem sequer médico na unidade. E aí ia responder o quê pra comunidade? (E 08).

Os conflitos referentes à cooperação de todos os membros das equipes, a ausência de médicos (as) nas equipes, a precariedade das condições físicas nas unidades de saúde foi apontada como elementos que dificultaram o acolhimento nas unidades básicas. Em estudo realizado por Tenório (2011), outras dificuldades foram apontadas: número de turnos destinados ao acolhimento insuficiente, não desenvolvimento de atividades de educação em saúde na sala de espera; não realização de avaliação periódica pelos profissionais; protocolo não elaborado ou não utilizado; ausência da equipe multiprofissional no acolhimento.

Uma entrevistada descreve como se processa a classificação de risco das gestantes, no âmbito das UBS:

A classificação de risco é baseada no protocolo básico do Ministério da Saúde. Faz-se a primeira consulta com a enfermeira, ela solicita todos os exames, preenche o cartão. Se a gestante tiver alguma condição clínica inicial que já caracterize que ela é uma gestante de alto risco como, por exemplo, uma hipertensão pregressa, uma diabetes, uma cardiopatia, nesses casos, a agente já encaminha para o serviço de alto risco. Ela passa pela recepção da unidade para ser agendada, através da central de regulação do município. Eu creio que de um ano pra cá esse processo ficou mais definido, mais amarrado (E 12).

Todavia, há relatos de problemas nos encaminhamentos para os serviços de alto risco, conforme relatado:

Se a gestante não tiver encaminhamento justificando que ela é de alto risco não é admitida no HAM, mas no nosso serviço de pré-natal a gente identifica muitos casos de gestantes que poderiam ser atendidas nos serviços básicos e vêm com um encaminhamento, então a gente devolve, se for o caso (E 6).

Os achados apontam que há um fluxo regulado para o encaminhamento das gestantes para os serviços de referência para o pré-natal de alto risco, no município. A classificação de risco também é uma prática incorporada às atividades das equipes técnicas da atenção básica. Podemos afirmar que o fomento às atividades do acolhimento travou debates importantes sobre o modelo de humanização do cuidado no município e contribui na qualificação da assistência, questão central nas diretrizes da Rede Cegonha.

7.3.2.1.7 O acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno

No Caderno de Atenção Básica nº 32, publicado em 2012, foi realizada uma atualização acerca dos critérios clínicos para o acesso aos serviços que ofertam assistência ao pré-natal de baixo e alto risco e serviços de emergência obstétrica. De acordo com o material técnico, o percentual de gestantes que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações. Para esse grupo deve ser garantido acompanhamento especializado, já que apresentam maior probabilidade de intercorrências e de óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2012c).

De acordo com os registros documentais, em 2014, a Secretaria de Saúde do Recife estruturou três serviços municipais de referência para o atendimento ao pré-natal de alto risco por meio do reforço das equipes técnicas (Policlínica Lessa de Andrade, para a assistência às usuárias dos DS I e IV; Maternidade Barros Lima, para os DS II e III; Policlínica Agamenon Magalhães para os DS V e VI) (RECIFE, 2014b). No mesmo ano, foram criados dois novos Distritos Sanitários. O DS III desmembrou-se, transformando-se em DS III e DS VII. O DS VI foi reorganizado, transformando-se em DSVI e DS VIII, mantendo-se as referências para o pré-natal já previstas.

Conforme apresentado no desenho da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco, a assistência ao pré-natal de alto risco está sob a responsabilidade da microrregião de saúde. Diante da real capacidade instalada da rede materna e infantil no estado e da concentração dos serviços terciários de alta complexidade em seu território, Recife atende gestantes de alto risco de todo o estado. O município é referência para o apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, medicina fetal, procedimentos de reprodução assistida, genética médica e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade.

Alguns relatos apontam melhoria no acesso aos serviços de pré-natal de alto risco no município:

O acesso ao pré-natal de alto risco está sendo rápido. No máximo, em até quinze dias a gestante está sendo atendida. E a gente fica sabendo para onde a gestante vai, porque há uma regulação (E 1).

Todavia, há preocupação com o aumento do percentual de gestantes de alto risco no município. Para alguns entrevistados esse problema estaria relacionado às dificuldades no acesso e baixa qualidade da atenção ao pré-natal de risco habitual no município:

Por que que tem um número tão alto de mulheres com gravidez de risco? O que está causando isso? Quantas mulheres vão se transformar em gestante de alto risco por deficiência no pré-natal? Mas a gente não sabe responder isso não, entendeu? A gente não consegue avaliar a qualidade dessa atenção, porque se soubesse para onde iria o dinheiro? É importante jogar o dinheiro ali dentro na unidade básica, porque é ali que a maioria das coisas vai se resolver. Como não se faz isso, então se constrói uma unidade de alto risco. Aí continuamos gerando doença (E 11).

[...] Na minha área acho que em cada 10, 8 não têm condições financeiras de manter as consultas regulares (E 12).

Os achados indicam que a baixa expansão da Estratégia de Saúde da Família e a fragilidade nas atividades de educação permanente se apresentam enquanto problemas relevantes a serem enfrentados para a qualificação na atenção ao pré-natal de risco habitual e que acabam ampliando o número de gestantes com condições de risco.

7.3.2.1.8 A vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto

O direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência ao parto é assegurado pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Para garantir esse direito, a partir de 2011, foi intensificado o debate em torno da vinculação das gestantes às maternidades do município. Foi realizado um diagnóstico e definida uma proposta de organização do fluxo do acesso ao parto no município. No entanto, não houve avanço na implantação da proposta devido à insuficiência de leitos de risco habitual e ao alto percentual de atendimentos de gestantes de municípios circunvizinhos. Em 2015, 43% dos nascidos vivos das maternidades públicas do Recife foram de mães residentes em outros municípios (Brasil, 2017b). Essa situação deve-se, em grande parte, ao atendimento de parturientes vindas de municípios da RMR que não dispõem de maternidade ou que os serviços fecharam plantões por falta de profissionais.

A falta de vinculação das gestantes às maternidades no município fragiliza o vínculo entre equipes e parturientes e submete essas mulheres a uma condição de insegurança no momento do parto:

O ideal seria ter uma roda de conversa por mês com essas enfermeiras do PSF para discutir como é que está sendo feito esse pré-natal e também para saber como está sendo nosso trabalho aqui na Bandeira Filho. E também deveria ter o momento da visita dessas usuárias aqui. Mas ainda não está garantido. É uma proposta da gente (E 5).

O que eu presencio é que o momento do parto passa a ser um momento de extrema incerteza, para a gestante que fez o pré-natal numa unidade básica, com a médica e com a enfermeira, mas na hora do parto vai para uma maternidade na qual, muitas

vezes, não é nem internada. Muitas vezes, ela é encaminhada para outra maternidade. Quando chega lá, muitas vezes, não tem nem sequer uma maca para ficar. Imagine a situação dessa gestante! Imagine: ela está em trabalho de parto, sozinha, sendo acompanhada por pessoas que nunca viu na vida, totalmente desconfortável, sem saber se o bebê dela vai nascer bem ou não, se ela vai ter alguma complicação ou não! (E 8).

A vinculação das gestantes às maternidades do município continua sendo um grande desafio da Rede Cegonha. Tal vinculação depende não apenas da ampliação da oferta de leitos no Recife, mas, maiormente, da ampliação e organização da oferta de leitos na I Região de Saúde de Pernambuco.

7.3.2.2 A assistência ao parto e ao nascimento

Neste tópico discutiremos acerca das ações desenvolvidas para promover mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento no Recife e para ampliar o acesso aos serviços. A análise do acesso considerou a inserção do município na rede de atenção materna e infantil da I Região de Saúde de Pernambuco.

7.3.2.2.1 Ampliação de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades das redes regionais de atenção materna e infantil

Para dimensionar a problemática do acesso à assistência ao parto e ao nascimento no Recife, foi necessário compreender não apenas a capacidade instalada do município, mas avaliar a situação de todos os municípios que compõem a rede de atenção materna e infantil da I Região de Saúde de Pernambuco. Tal análise se tornou importante considerando o alto percentual de gestantes oriundas de municípios circunvizinhos atendidas no Recife.

A partir de dados do CNES foi identificado o número de leitos obstétricos para parto de risco habitual e alto risco e leitos de UTI e UCI neonatais existentes nas unidades de saúde dos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, em dezembro de 2010 e de 2015. No CNES, não há registro de leitos de UTI adultos para gestantes, leitos canguru, centros de partos normais e casas de gestante bebê e puérperas, ainda que esses serviços componham o elenco previsto nas portarias nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e nº 11 de 07 de janeiro de 2015. Por isso, para esses leitos e serviços, adotamos os números registrados no Plano de Ação da Rede Materno-Infantil da Região de Saúde de Pernambuco - Rede Cegonha - I GERES/SES/PE-2012-2014, os quais se referem ao ano de 2012.

Tomando como referência os parâmetros da Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011, anexo III, e da Nota Técnica de 13/01/2012 da Área Técnica de Saúde da Mulher - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas DAPES/SAS/MS, foram identificados os dados populacionais e estatísticas vitais para realizar o cálculo do número de leitos necessários para a assistência ao parto em cada município da Região. Os dados foram, então, organizados de acordo com o modelo do quadro 18, que descreve os parâmetros e dados populacionais e de estatísticas vitais do Recife. Por último, foram apresentados os leitos existentes e necessários para cada um dos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, para 2010 e 2015, descritos nos quadros 19 e 20.

Quadro 18 –Parâmetros para o cálculo de leitos e serviços destinados à assistência ao parto no Recife para os anos 2010 e 2015.

DADOS POPULACIONAIS E ESTATÍSTICAS VITAIS	ANO	
	2010	2015
População do Recife	1.537.704	1.608.488
Nascidos vivos	21.796	23.506 (NV de 2014) *
Nascidos vivos SUS dependentes	16.347	17.630
Número esperado de gestantes	23.976	25.856
Número esperado de gestantes SUS dependentes	17.982	19.393
Número esperado de gestante de risco habitual.	20.380	21.978
Número esperado de gestante de alto risco	3.596	3.879

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2011g), IBGE (2016) e Brasil (2016a).

Nota: *O número de nascidos vivos do Recife refere-se ao ano de 2014 já que, ao final da coleta de dados desta pesquisa, os valores referentes a 2015 ainda não haviam sido publicados.

Quadro 19 – Número de leitos existentes (E) e necessários (N) para a atenção ao parto e nascimento nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2010. Continua

Municípios	Obstétrico Risco Habitual			Obstétrico Alto Risco			UCI neo		UTI neo		
	E		N	E		N	E	N	E	N	
	Cirúrgico	Clínico		Cirúrgico	Clínico						
Micro I	Abreu e Lima	08	04	9	0	0	3	0	2	0	3
	Araçoiaba	0	04	3	0	0	1	0	1	0	1
	Fernando de Noronha	0	01	1	0	0	1	0	1	0	1
	Igarassu	0	0	12	0	0	1	0	2	0	1
	Ilha de Itamaracá	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1
	Itapissuma	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1
	Olinda	15	27	37	0	0	11	0	6	0	12
	Paulista	09	11	22	0	0	7	0	4	0	8
	Recife ²	98	01	134	244*	98*	40	117*	22	77*	44

Quadro 19 – Número de leitos existentes (E) e necessários (N) para a atenção ao parto e nascimento nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2010 Conclusão

Municípios		Obstétrico Risco Habitual			Obstétrico Alto Risco			UCI neo		UTI neo	
		E		N	E		N	E	N	E	N
		Cirúrgico	Clínico		Cirúrgico	Clínico					
Micro II	Camaragibe	22	01	14	0	0	4	0	3	0	3
	Chã de Alegria	0	04	2	0	0	1	0	1	0	1
	Chã Grande	02	04	2	0	0	1	0	1	0	1
	Glória do Goitá	0	04	3	0	0	1	0	1	0	1
	Pombos	01	04	3	0	0	1	0	1	0	1
	São Lourenço da Mata	06	18	10	0	0	3	0	2	0	3
	Vitória de Santo Antão	00	00	13	27	5	4	4	2	0	4
Micro III	Cabo de Santo Agostinho	17	08	21	0	0	6	0	4	0	7
	Ipojuca	06	02	9	0	0	3	0	2	30	3
	Jaboatão dos Guararapes	17	47	55	0	0	16		9	0	18
	Moreno	23	0	6	0	0	2	0	1	0	2
	TOTAL	224	140	362	271	103	68	121	67	107	116

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora a partir de BRASIL (2011g); Brasil, (2016a).

*Os leitos existentes no Recife (244 obstétricos, 98 de alto risco, 117 UCI e 77 UTI) estão localizados em hospitais estaduais, federal e filantrópico localizados no município.

Quadro 20 – Número de leitos existentes (E) e necessários (N) para a atenção ao parto e nascimento nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2015. Continua

Municípios		Obstétrico Risco Habitual			Obstétrico Alto Risco			UCI neo		UTI neo	
		E		N	E		N	E	N	E	N
		Cirúrgico	Clínico		Cirúrgico	Clínico					
Micro I	Abreu e Lima	20	03	11	0	0	3	0	2	0	3
	Araçoiaba	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1
	Fernando de Noronha	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
	Igarassu	0	0	12	0	0	4	0	2	0	4
	Ilha de Itamaracá	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1
	Itapissuma	0	0	3	0	0	1	0	1	0	1
	Olinda	09	21	41	0	0	12	0	6	0	12
	Paulista	21	0	28	0	0	08	0	4	5	9
	Recife	98	01	146	257*	106	44	109*	24	73*	47
Micro II	Camaragibe	22	01	15	0	0	4	0	3	0	5
	Chã de Alegria	0	04	2	0	0	1	0	1	0	1
	Chã Grande	02	04	2	0	0	1	0	1	0	1
	Glória do Goitá	0	04	3	0	0	1	0	1	0	1
	Pombos	01	04	3	0	0	1	0	1	0	1
	São Lourenço da Mata	09	24	12	0	0	4	0	2	0	4
	Vitória de Santo Antão	00	00	14	27	5	4	4	2	0	5

Quadro 20- Número de leitos existentes (E) e necessários (N) para a atenção ao parto e nascimento nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2015. Conclusão

Municípios		Obstétrico Risco Habitual			Obstétrico Alto Risco			UCI neo		UTI neo	
		E		N	E		N	E	N	E	N
		Cirúrgico	Clínico		Cirúrgico	Clínico					
Micro III	Cabo de Santo Agostinho	18	09	24	0	0	7	0	4	0	7
	Ipojuca	10	10	11	0	0	3	0	2	30	4
	Jaboatão dos Guararapes	17	47	66	0	0	18	30	10		20
	Moreno	0	0	61	0	2	0	0	1	0	2
	TOTAL	227	132	461	284	113	119	143	70	108	130

Fonte: Elaboração da autora partir de Brasil (2011g) e Brasil (2016a)

Adotou-se como referência o número de leitos existentes registrados no CNES. A primeira observação quanto aos números apresentados é que, ainda que não se identifique déficit de leitos na I Região de Saúde, os dados registrados não correspondem ao real número de leitos em funcionamento. Isso porque os recorrentes fechamentos ou restrições de plantões por falta de profissionais não são captados pelo CNES. A segunda observação é que esses leitos também são ocupados por parturientes de outras regionais de saúde do estado. Essas situações, de fato, restringem o acesso ao leitos existentes registrados no sistema. As falas de alguns entrevistados (as) esclarecem o problema:

A gente não tem leito suficiente de risco habitual. Mas, se você abrir o CNES, estão lá registrados. Tem leito sobrando no CNES, mas quando você vai ver a realidade, aqueles leitos estão fechados por falta de equipe. Quando tem o obstetra não tem o anestesista, quando tem o anestesista e o obstetra não tem o pediatra e aí o plantão fica fechado naquele dia. É um problema imenso que eu acho que é mais grave devido a falta de recursos humanos. O que falta mesmo pra gente conseguir montar essa rede é recursos humanos! (E 2).

Iniciamos nosso diagnóstico a partir das informações fornecidas pelos serviços já que as informações da rede que estão no CNES não correspondem à realidade dos serviços. Nós chamamos a rede que está no CNES de rede virtual. O CNES faz a caracterização do serviço, mas não capta as mudanças constantes da rede e mantém o cadastro de leitos que estão sem funcionamento por falta de profissionais, o que, em verdade, são apenas camas (E 14).

Verificou-se que alguns tipos de leitos não são registrados no CNES. Para esses casos apresentamos os dados do Plano de Ação da Rede Materno-Infantil da I Região de Saúde de Pernambuco - Rede Cegonha - I GERES/SES/PE - 2012-2014, referentes ao ano de 2012. De acordo com o referido Plano, havia um total de dez Centros de Parto Normal, duas Casas de

Gestante Bebê e Puérperas e 46 leitos Canguru em Pernambuco. Também não há registro de Leitos de UTI adultos para gestantes no CNES – que deveriam corresponder a 6% dos leitos obstétricos de risco habitual (22 leitos para Recife). Ainda que não sejam exclusivos, os leitos de UTI adulto compõem a oferta de serviços para a assistência ao parto de alto risco no estado.

Esses números demonstram a insuficiência de serviços, já que, apenas para o Recife, em 2015, seriam necessários dez leitos de UTI para gestantes; três Centros de Parto Normal e 23 leitos Canguru. Ademais, os leitos de alto risco, UTI e UCI neonatais dos hospitais localizados no Recife são referência para a assistência de gestantes de todo o estado.

Durante o período analisado, não houve ampliação dos leitos obstétricos para parto de risco habitual no Recife, nem na I Região de Saúde de Pernambuco. Pelos números apresentados houve aumento do deficit. Enquanto em 2010 o número de leitos de risco habitual registrado na I Região era suficiente (necessitava-se de 362 e havia 364), em 2015, foram registrados 359 leitos e a necessidade passou para 461. Outrossim, no Recife, em 2010, havia 99 leitos de risco habitual e a necessidade era de 136. Em 2015, o número de leitos existentes foi mantido, mas a necessidade foi ampliada para 147 leitos (deficit de 47 leitos).

Vale destacar, no entanto, que os números apresentados na I Região de Saúde de PE e no Recife, são menos preocupantes que a situação do país e do estado de Pernambuco. Controversamente, mesmo com a Rede Cegonha, houve redução do número de leitos obstétricos, no Brasil, nos últimos anos. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no período de 2010 a 2015, o país reduziu o número de leitos obstétricos (cirúrgicos e clínicos) de 46.045 para 42.126 (8,5%) (BRASIL, 2016b). Em Pernambuco a redução foi de 2.511 para 2.375 (5,41%) e no Recife não houve redução, passando de 434 para 444 leitos (345 cirúrgicos e 99 clínicos) (BRASIL, 2017b).

Por outro lado, também é importante atentar que o problema da insuficiência de leitos no Recife é mais grave considerando que os números do CNES não captam as informações sobre os plantões fechados ou reduzidos por falta de recursos humanos. Esse problema acomete os municípios menores de forma ainda mais grave, o que implica no aumento da demanda vinda para o Recife. Em 2014, do total de 9.948 partos de baixo risco realizados nas três maternidades municipais, 5.661 (43%) foram de gestantes oriundas de outros municípios (BRASIL, 2017b). As entrevistas de gestores e trabalhadores de uma maternidade pública do município abordam o problema da superlotação no Recife:

Foram fechadas maternidades nos municípios vizinhos nos últimos anos, e além disso, vários plantões são frequentemente fechados. Hoje, mais de 30 % dos nossos leitos são ocupados por gestantes de municípios circunvizinhos, como Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Abreu e Lima, Paulista, Camaragibe e até por municípios mais distantes como Custódia, Pesqueira (E 15)

Teoricamente são cinco leitos no pré-parto, mas nós acrescentamos 03 macas que deveriam ser uma alternativa extra, mas são fixas, inclusive com numeração na parede. E, muitas vezes, a gente funciona acima dessa lotação. Domingo retrasado, eu tinha seis gestantes em trabalho de parto que eu não tinha onde colocar (E 7).

Também é importante atentar para o fato de que os parâmetros para o cálculo de leitos necessários para a assistência ao parto de risco habitual e de alto risco não definem o quantitativo de leitos cirúrgicos e clínicos necessários, de modo que pudéssemos ter uma análise mais precisa. Em 2010, na I Região de Saúde de Pernambuco, 61,5% dos leitos de risco habitual e 72,5% dos leitos de alto risco eram cirúrgicos; em 2015, 63,2% dos leitos de risco habitual e 75,5% dos leitos de alto risco eram cirúrgicos. No Recife, o percentual de leitos de risco habitual cirúrgico manteve-se em 99% em todo o período.

Em dezembro de 2015, não havia leitos para parto de alto risco nos serviços municipais. O Hospital da Mulher do Recife Dra. Maria das Mercês Pontes Cunha, referência para o parto de alto risco, estava em construção. Todavia, do total de 527 leitos de alto risco existentes no Estado, 68.9% (363 leitos) pertenciam aos hospitais (estaduais, federal e filantrópico) localizados no Recife. Ademais, do total de leitos cirúrgicos para o parto de alto risco, a concentração no Recife foi de 80,4%.

Ainda que, a partir de dados do CNES, não seja identificado deficit de leitos de alto risco em Pernambuco, também nesse caso, os resultados não dimensionam o problema de acesso no estado. Igualmente, não são registrados os constantes fechamentos ou restrições de plantões que reduzem o número de leitos de alto risco em funcionamento. A superlotação das maternidades de assistência ao alto risco foi tratada em trechos de entrevistas e em matéria de jornal:

Esse drama diminuiu com a reabertura do CISAM, mas continuamos com uma taxa média de ocupação de 170% a 180% aqui na maternidade do Hospital Agamenon Magalhães (E 6).

A gente tá vivendo hoje com a superlotação na obstetrícia, todos os hospitais e maternidades da Região Metropolitana com a corda no pescoço. Hoje aqui no CISAM tenho oito leitos disponíveis pra mais de 20 pacientes internadas no pré-parto (E13).

A superlotação também foi observada em cinco das sete unidades visitadas: IMIP, Barão de Lucena, CISAM, Barros Lima e Tricentenário. “As mulheres não estão partindo perto de casa, são levadas para onde há vaga. Peregrinam em até duas unidades porque nos municípios onde vivem não há profissionais para atender. Muitas vezes, isso as transforma em mulheres com gestação de risco. Olinda,

Paulista e Jaboatão exportam até 65% de suas gestantes para o Recife”, acrescentou a médica sanitária Sandra Valongueiro (TAVARES, 2014).

De acordo com o desenho da rede maternal e infantil da I Região de Saúde de Pernambuco (Quadros 15 e 16), as maternidades municipais do Recife não foram definidas como referência para a assistência ao parto de risco habitual de outros municípios. Porém, devido ao não funcionamento ou inexistência de leitos em municípios da região, atende um grande número de gestantes oriundas de cidades circunvizinhas, sobretudo de Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista (BRASIL, 2017b).

O problema do não funcionamento de leitos existentes é ainda mais grave no caso das maternidades dos municípios interioranos que dispõem de um pequeno quantitativo de leitos, conforme relatado em entrevista:

Em Pernambuco temos hospitais ou pequenas maternidades que têm no máximo três, quarto, cinco leitos e não têm condições de se sustentar, muitas não conseguem recursos humanos para funcionar. É muito difícil manter uma maternidade com até 20 leitos. Ao invés de se ter pequenos hospitais, é preciso ter unidades regionais, comportando mais municípios (E 3).

Para organizar e ampliar o acesso ao parto e nascimento na I Região de Saúde de Pernambuco foram previstos recursos financeiros pela Rede Cegonha da ordem de R\$ 87.749.341,00 para construção, reformas, aquisição de equipamentos e custeio de leitos em serviços de assistência ao parto. Tratando-se especificamente dos serviços sob gestão do Recife, os recursos foram da ordem de R\$ 2.779.808,00 para a construção de três Centros de Parto Normal, nas dependências das três maternidades municipais, uma Casa da Gestante Bebê e Puérpera na Maternidade Bandeira Filho e reforma das três maternidades (quadro 17).

Até o final da coleta de dados desta pesquisa, as referidas obras nas maternidades municipais do Recife não tinham sido iniciadas. O município ainda estava cumprindo exigências documentais junto ao MS, desde 2011.

No ano de 2014 veio uma proposta pra criar uma Secretaria Executiva de Infraestrutura em Saúde dentro da Secretaria de Saúde. Uma estrutura própria para lidar com as obras nas unidades. Eu acho que isso fortaleceu a execução das obras na secretaria, mas, mesmo assim, ainda houve falhas gerenciais com relação a execução das obras da Rede Cegonha. Até que, recentemente, a gente teve mudança na condução do setor de engenharia e todas as pendências com a Caixa Econômica vêm sendo tratadas de forma diferente. Eu diria que um conjunto de fatores contribuiu para que a gente não executasse esses recursos até hoje. A mudança de governo, erros no cumprimento de requisitos junto a Caixa Econômica e também falhas gerenciais próprias dessa gestão. Mas agora já estamos na fase final desse processo junto à Caixa Econômica (E 16).

O atraso na execução das referidas obras de fato demonstrou um redirecionamento nas prioridades da gestão quanto aos serviços a serem implantados no município. A ampliação de leitos de risco habitual por meio da construção dos CPN nas maternidades existentes no município deu espaço a uma nova prioridade: a construção do Hospital da Mulher do Recife. Todavia para os trabalhadores (as) entrevistados (as) os CPN seriam uma estratégia central para impulsionar a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento no município:

[...] Precisávamos de um Centro de Parto Normal, sala de Pré, Parto e Puerpério, de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. A sala de PPP humaniza a atenção, pois a mulher passa a fase do trabalho de parto naquele local, pode parir e depois ficar pelo menos duas horas, no mesmo local, até ir para o alojamento e a enfermeira acompanha tudo (E 7).

De acordo com os registros documentais, a obra do Hospital da Mulher foi iniciada em 2013 com o propósito de implantar um serviço de atenção ao parto de alto risco e ofertar serviços ambulatoriais voltados à saúde da mulher no município. Para isso, previu a implantação de atendimento de urgência e emergência 24 horas, centro obstétrico, cirúrgico, UTI materna e neonatal, além de atendimento clínico e ambulatorial, diagnóstico, apoio terapêutico e serviço de assistência à mulher vítima de violência (RECIFE, 2014b).

Conforme descrito no PMS 2014/2017, o projeto do hospital previu a implantação de 150 leitos, sendo: 12 leitos Canguru, 15 de leitos de unidades de cuidados intermediários convencional adulto, 21 leitos obstétricos de alto risco; 03 leitos no Centro de Parto Normal; 10 leitos de terapia intensiva neonatal e 10 adultos, 54 leitos de alojamento conjunto, 02 leitos de isolamento, 04 leitos de mastologia e 21 leitos de gineco-obstetrícia (PMS 2014/2017). O hospital conta com três salas para parto e nascimento de risco habitual, com três leitos e banheira para parto humanizado na água, além de uma Casa das Mães (hospedaria com 20 leitos, para as mães serem acolhidas quando receberem alta, mas seus bebês continuarem internados no hospital após o parto) (RECIFE, 2013b).

Ao final da coleta deste estudo, o HMR havia sido inaugurado (9 de maio de 2016), porém apenas o serviço ambulatorial tinha sido iniciado, ainda não havia leitos em funcionamento.

A primeira unidade de saúde construída pela gestão municipal ampliará a oferta de partos da rede em 40% e terá inclusive banheira para parto humanizado dentro d'água. A abertura, porém, acontecerá de forma gradual. Nos primeiros 30 dias, o hospital funcionará para ambulatório especializado e realização de exames. O pleno funcionamento acontecerá em 90 dias. [...] Até o início de junho, será iniciado o serviço de parto de complexidade habitual e então o hospital começará a funcionar 24 horas. Em 60 dias, serão realizadas as cirurgias ginecológicas (200 por mês) e as

atividades do Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência. “É um espaço acolhedor para a mulher em situação de vulnerabilidade, onde ela poderá realizar desde a coleta de vestígios até, quando indicado, o uso de medicação antirretroviral”, acrescentou o secretário. Esse espaço terá a presença de um médico legista, fruto de uma parceria com a Secretaria de Defesa Social (SDS), e permitirá às mulheres realizar as coletas necessárias sem precisar ir ao Instituto de Medicina Legal (IML). [...] Dentro de três meses da data de inauguração, o hospital abrirá a estrutura de alto risco, o que inclui as UTIs. Desse modo, serão realizados por mês 67 mil procedimentos. O Hospital da Mulher tem 30 mil metros quadrados de área, dos quais 13 mil metros quadrados de área construída. São 150 leitos, incluindo alojamento conjunto, Unidade de Terapia Intensiva adulto e neonatal, para gestação de alto risco, canguru e três do Centro de Parto Normal (HOSPITAL..., 2016).

Quando analisado o quantitativo de leitos necessários para as parturientes residentes no Recife (quadros 19 e 20), sem contabilizar os leitos existentes nos serviços que não estão sob a gestão municipal, observa-se que, com o efetivo funcionamento de todos os serviços do HMR, serão supridos: 100% da necessidade de leitos UTI adulto para gestantes; 42,5% dos leitos de alto risco; 25,6% dos leitos de UTI neonatal; 52,1% dos leitos canguru. Até o final da coleta deste estudo, todos esses serviços vinham sendo ofertados nos hospitais públicos (estaduais, federal e filantrópico) localizados no município. Como Recife dispõe de 99 leitos obstétricos para o parto e nascimento de risco habitual, nas três maternidades municipais, e o HMR irá dispor de apenas 03 desses leitos, a necessidade de ampliação ainda será de 44 leitos de risco habitual no município.

O efetivo funcionamento do HMR ampliará principalmente o atendimento ao parto de alto risco. No entanto, ainda que o fluxo de acesso estabelecido defina que as maternidades municipais encaminhem ao HMR apenas gestantes de alto risco, o atual deficit de leitos de risco habitual no município será um fator de justificativa e pressão constante para os encaminhamentos de gestantes de risco habitual para o hospital.

Ao analisar o fluxo de acesso aos serviços de assistência ao parto no Recife, a partir dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, verificou-se um dado positivo no período do estudo: o aumento do percentual de mulheres residentes no Recife que pariram em serviços públicos localizados no Recife, conforme descreve o quadro 21:

Quadro 21- Número de partos de mulheres residentes no Recife ocorridos em hospitais públicos da I Região de Saúde de PE-2010-2015
Continua

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Partos de mulheres residentes no Recife ocorridos em hospitais públicos localizados no Recife	10.640 (72,6%)	11.586	13.059	11.577	12.226	12.930 (87,72%)

Quadro 21- Número de partos de mulheres residentes no Recife ocorridos em hospitais públicos da I Região de Saúde de PE-2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Partos de mulheres residentes no Recife ocorridos em hospitais públicos de outros municípios da I GERES	3.961 (27,3%)	2.417	2.090	2.077	2.354	1.810 (12,28%)
Partos de mulheres residentes no Recife ocorridos em hospitais públicos das demais GERES de Pernambuco	53 (0,36%)	78	68	31	38	38 (0,25%)
Total de partos de mulheres residentes no Recife ocorridos em hospitais públicos de Pernambuco	14.654	14.081	14.217	13.685	14.580	14.740

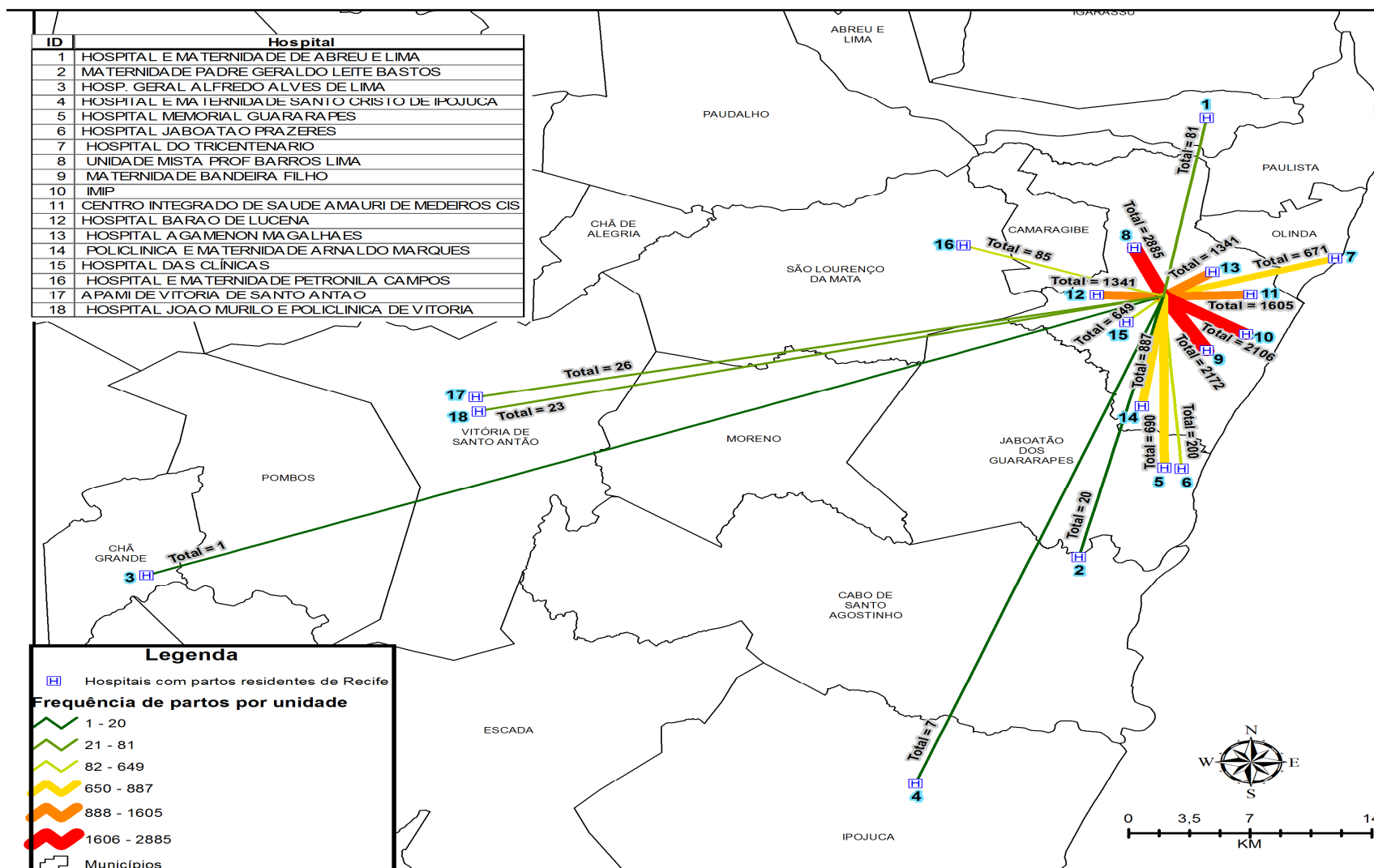
Fonte: Brasil (2017b)

No entanto, o percentual de mulheres residentes em outros municípios que pariram nas maternidades públicas sob gestão municipal, no ano de 2015, ainda foi alto: 32,7% (2.437) do total de partos (7.474) ocorridos nessas maternidades (SIH/SUS, 2016). Considerando que há um deficit de 47 leitos de risco habitual nas maternidades municipais do Recife, os dados apontam para uma tendência da migração de partos de risco habitual para os serviços de alto risco localizados no município. Ademais, ainda que se verifique avanços na organização do acesso ao parto, vale chamar atenção para o fato de que, ao mesmo tempo que 32,7% dos partos ocorridos nas maternidades municipais foram de parturientes oriundas de outros municípios, Recife transferiu 12,28% das suas gestantes para municípios circunvizinhos como Olinda e Jaboatão.

Ao analisar o total de partos ocorridos no Recife, em 2015, – nos serviços municipais, estaduais, federal e filantrópico – verificou-se que 44,53% (10.380) do total (23.310) foram de mulheres que residem fora do município.

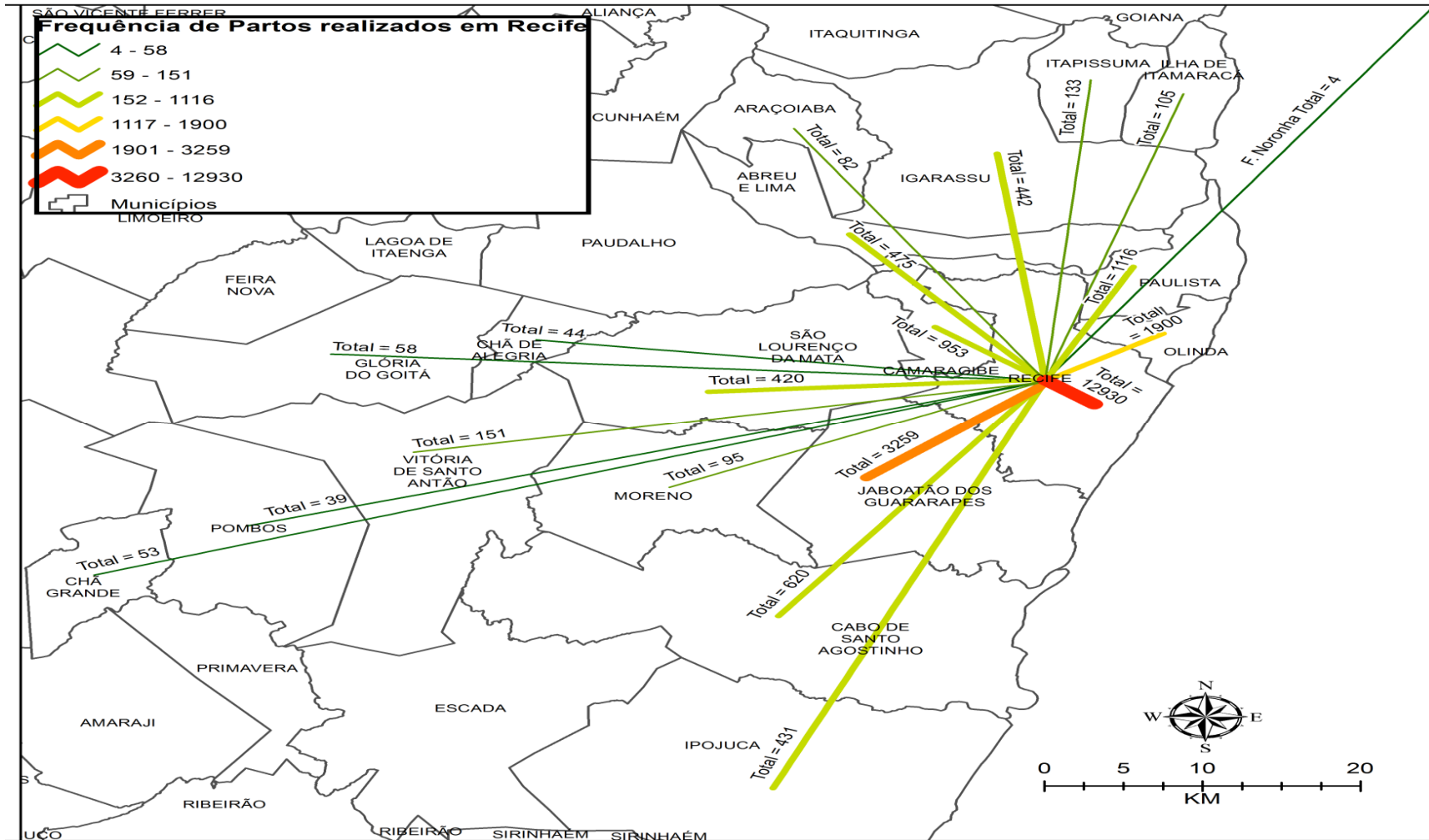
As figuras 7 e 8 apresentam os mapas de fluxos de acesso ao parto no Recife e na I Região de Saúde de Pernambuco:

Figura 7 – Mapa de Fluxo do acesso ao parto e nascimento de mulheres residentes no Recife – 2015



Fonte: elaborado pela autora..

Figura 8 – Mapa de Fluxo de acesso dos partos ocorridos no Recife – 2015



Fonte: Elaborado pela autora

7.3.2.2.2 *A ambiência das maternidades*

A Rede Cegonha propõe adequar a ambiência dos serviços para a assistência ao parto e nascimento aos critérios estabelecidos pela RDC nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O documento estabelece padrões para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Dentre vários outros itens para assegurar o funcionamento desses serviços, estabelece regras para as condições organizacionais; adequação da infraestrutura física; recursos humanos; materiais e equipamentos; prevenção e controle de infecção e biossegurança.

Esta pesquisa não tem como propósito averiguar a adequação da ambiência dos serviços de assistência ao parto às normas previstas pela RDC nº 36/2008 da ANVISA, mas tecer considerações acerca das condições de ambiência desses serviços a partir das percepções dos entrevistados (as), documentos e matérias jornalísticas analisadas.

O “Relatório de Visitas Surpresa” elaborado em maio de 2014 pelo Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco apresenta os problemas de ambiência em uma maternidade municipal e quatro hospitais de referência para a assistência ao parto de alto risco localizados no Recife. Apresentamos uma síntese do referido relatório, na qual destacamos alguns dos problemas descritos:

- 1) Policlínica e Maternidade Barros Lima (Relatório de Visitas Surpresa - 23/05/2014):
 - a) Sala de triagem: não havia classificação de risco.
 - b) Pré-parto: dispunha de apenas 07 leitos, com gestantes aguardando em macas, salas de recuperação pós-anestésica e corredor; banheiros pequenos, sem água quente, sem box ou cortina e privada sem tampa.
 - c) Salas de parto: teto incompatível com as normas de proteção às infecções e problemas nas instalações elétricas.
 - d) Alojamento conjunto: problemas na climatização, falta de privacidade;
 - e) Bloco cirúrgico: as duas salas de parto normal e duas para cirurgia apresentavam problemas nas instalações elétricas e existência de módulo de parto vertical sem utilização;
 - f) Alojamento conjunto: problema com ar condicionado, banheiro sem chuveiro elétrico, vasos sem tampas para privadas (COMITÊ ESTADUAL DE ESTUDOS DA MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO, 2014);

- 2) Hospital Barão de Lucena (Relatório de Visitas Surpresa - 14/05/2014): a) Pré-parto: serviço com apenas sete leitos, mas 19 camas de alto risco ocupadas (13 gestantes e 6 puérperas); apenas um banheiro, sem chuveiro elétrico; sem espaço para acompanhante. b) Salas de parto: identificadas duas salas de parto normal e três salas para cirurgias, partos realizados em posição horizontal; equipe incompleta (deveria ter cinco médicos de plantão, mas havia três). c) UTI e UCI neonatal/berçário: identificados 16 leitos para UCI e oito leitos para UTI, assegurado livre acesso de mães e pais; existência de Casa de Mães; suficiência de camas/incubadores de substituição. d) Alojamento conjunto: são 55 leitos dos quais dez para gestação de alto risco, assegurada livre escolha de acompanhante 24h (COMITÊ ESTADUAL DE ESTUDOS DA MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO, 2014);
- 3) Hospital das Clínicas (Relatório de Visitas Surpresa -19/05/2014): a) Salas de Pré-parto: oficialmente são quatro leitos, sendo um para cada uma das salas de expectativa, mas, cada sala continha três camas, todas ocupadas; não há chuveiro elétrico, privada sem assento. b) Centro obstétrico: havia nove dossiês/partogramas de mulheres em trabalho de parto. c) Salas de parto: são três salas de parto; as camas são antigas, estreitas e sem possibilidade de parto verticalizado. d) UTI/UCI neonatal (interna): São oito leitos de UTI neo, sete estavam ocupados; são cinco leitos de UCI, com três incubadoras a mais, todos estavam ocupados; há reserva técnica de respirador, em caso de superlotação. e) Alojamento conjunto: são 30 leitos, incluindo leitos para as gestantes e puérperas de alto-risco, ou aquelas que precisam esperar a alta do bebê; os quartos não têm ventilação, banheiro sem chuveiro elétrico e privada sem assento (COMITÊ ESTADUAL DE ESTUDOS DA MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO, 2014);
- 4) CISAM - (Relatório de Visitas Surpresa – 09/05/2014): a) Triagem: as portas dos consultórios não permitem a entrada de cadeira de rodas (84cm) ou de macas; infiltrações. b) Sala de pré-parto: sala com oito leitos, todos ocupados, com 15 mulheres, algumas esperando para parir, outras esperando uma vaga em um alojamento conjunto; banheiro único, sem chuveiro elétrico, ambiente sujo, expurgo sem funcionamento, fiação elétrica exposta; não há separação entre as mulheres que abortam e as que vão ou estão parindo. c) Centro obstétrico: havia 23 mulheres. d)

Alojamento conjunto: possui 36 camas, distribuídas entre enfermarias, todas estavam ocupadas e havia mais sete camas com parturientes na ala de ginecologia, um banheiro com cinco chuveiros e privadas, não há chuveiro elétrico; e) setor de leitos Canguru: embora funcione muito bem, localiza-se longe da UTI neonatal dificultando a integração entre os dois serviços e suas equipes (COMITÊ ESTADUAL DE ESTUDOS DA MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO, 2014);

- 5) IMIP - (Relatório de Visitas Surpresa –16/05/2014): a) Triagem: São 04 compartimentos, com profissionais de saúde (enfermeiras e médicos) que realizam a classificação de risco das usuárias, sala com três leitos e cadeiras para quem precisa de um atendimento provisório. b) Salas de pré-parto/expectação: São 14 leitos, distribuídos em três salas. Havia 20 mulheres em expectação, 10 mulheres, recém-paridas esperando uma vaga em um dos alojamentos conjuntos. c) Espaço Aconchego: constituído de cinco apartamentos individuais que realizam um parto mais natural, permitindo a presença de acompanhante (masculino, também), com equipamentos para favorecer o parto humanizado como bola, material para massagem, com atuação de enfermeiras obstétricas; d) UTI e UCI neonatais: São 50 leitos – 18 UTI e 32 UCI - estavam todos ocupados; assegurada a livre visita das mães e pais. e) UTI obstétrica: São dez leitos para puérperas/gestantes que precisam de cuidados intensivos. Havia três leitos vazios, mas já estavam reservados. f) Ala da gestação de alto risco: São 28 leitos, todos estavam ocupados e ainda havia algumas gestantes esperando a admissão na triagem. g) Alojamento conjunto: São 61 leitos, todos estavam ocupados, salas espaçosas, banheiros sem chuveiro elétrico; h) Alojamento das usuárias sem recém-nascidos (fetos mortos, abortamentos): leitos sem lençóis suficientes (COMITÊ ESTADUAL DE ESTUDOS DA MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO, 2014).

Uma entrevistada trata da questão da ambiência das maternidades e da dificuldade de assegurar a prevenção e controle de infecção e biossegurança:

A gente quando vai em fiscalização observa que em algumas maternidades não existe uma estrutura humanizada para o recebimento da mulher para realização do parto, há muita superlotação. Muitas já foram fechadas para reforma. A gente esteve no CISAM e viu um absurdo. Tivemos lá com o Conselho de Saúde e a Vigilância Sanitária também. A gente fica chocado! Com a vigilância Sanitária do lado! E aí a

gente se pergunta porque não se não faz a interdição! A gente chegou a entrar em uma enfermaria que tinha uma paciente infectada, estava com um odor fétido e realizando o curativo, lá mesmo e acho que lá tinha uns sete ou oito leitos, as outras mulheres com os bebês no colo e a vigilância sanitária tava lá! (E 17).

Profissionais das maternidades municipais relatam problemas referentes à manutenção de insumos e à estrutura física das maternidades:

Sempre tem material de manutenção de berço, mas o que sempre falta é compressa, coisas básicas. Às vezes é preciso fazer cesárea e aí se fica naquele limite de parto por causa de compressa, coisas que são essenciais, né? (E 7).

Tivemos uma pequena melhora na infraestrutura mas precisávamos de uma sala de PPP e de uma Casa da Gestante para a gente conseguir esvaziar mais leitos. Por exemplo, agora temos quatro puérperas no pré-parto. Elas deveriam ir para o alojamento. Só que, às vezes, não tem vaga e aí elas voltam pro pré-parto ou ficam aqui na sala de recuperação anestésica. São salas que não têm a estrutura adequada. (E 5).

A visão que eu tenho é que as melhorias que a gente ver nessas maternidades são coisas pontuais. Se faz uma reforma numa maternidade, se coloca leitos novos, se pinta e fica aquela coisa bonitinha, mas, mudança efetiva a gente não vê, não são estruturadoras (E 8).

No RAG de 2015, há registros de que houve obras de manutenção e reforma nas maternidades municipais. Na Maternidade Bandeira Filho, os registros documentais apresentam: adequação de cerca de 70% da rede elétrica e adequação do pré-parto e melhoria da ambiência da recepção; Maternidade Arnaldo Marques - troca dos revestimentos de pisos e paredes de todos os ambientes, melhoria dos sistemas de refrigeração e da ambiência da pediatria, troca de mobiliários, instalação de um painel eletrônico, sinalização, iluminação e pavimentação da área externa e reforma da sala de raios-X e do serviço de odontologia; Maternidade e policlínica Barros Lima - manutenção externa e interna da unidade (RECIFE, 2015b).

Alguns entrevistados e matérias jornalísticas tratam das reformas realizadas nos hospitais de referência para o alto risco entre 2011 e 2015 e das dificuldades de alguns serviços para interromper suas atividades para a realização de reformas.

Qual era necessidade do HAM ? Reformar o nosso centro obstétrico, transformando alguns dos leitos em PPP. Com a nova portaria sobre a Gestação de Alto Risco foi estabelecido que as maternidades de alto risco tivessem pelo menos 01 leito de PPP. E nós não tínhamos nenhum aqui. Nós não conseguimos estruturar o nosso centro obstétrico como queríamos, mas hoje temos dois leitos de PPP. [...] Ainda não conseguimos parar para fazer reforma. O que a gente faz são pequenas adaptações. Se a gente parar será um caos para a rede materna e infantil. Quantas vezes a gente já tentou! A gente recebe o dinheiro para fazer tal coisa, mas a rede não permite! Nossa preocupação maior como gestores é o atendimento a paciente (E 6).

O Centro de Saúde Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco comemora a reabertura da unidade, que passou um ano fechada e agora volta a ter atendimento pleno como hospital universitário e com capacidade ampliada para realizar partos de risco e procedimentos de ginecologia, com a nova estrutura. A solenidade de entrega da maternidade ampliada e requalificada ocorreu nessa segunda-feira (02/12), com a presença do governador Eduardo Campos. “Vamos ter 300 partos por mês sendo realizados aqui. Ou seja, 100 a mais do que eram feitos antes da reforma. Além disso, a nova estrutura conta com unidades de terapia intensiva, onde serão feitos os partos e as cesarianas nos quadros de maior risco”, destacou Eduardo. Nesta terça (03/12), o hospital abriu as portas para a população, funcionando normalmente. A requalificação da unidade também incluiu a substituição de toda estrutura da cobertura e telhado, além do serviço de substituição da rede elétrica interna e externa, incluindo nova subestação, hidráulica, dados e voz, incêndio e climatização da unidade. Também foram concluídas a Casa da Mulher e a Unidade de Terapia Intensiva, voltada à mulher gestante (CISAM..., 2013).

O Hospital Barão de Lucena, na Zona Oeste do Recife, inaugurou na manhã desta quinta-feira (10), a reforma da enfermaria da maternidade, que atende cerca de 350 mães por mês, e as novas instalações da UTI de adultos, que agora terá capacidade para receber o dobro de pacientes. A entrega foi feita pelo governador Eduardo Campos e o secretário de Saúde, Antônio Figueira. Através de um investimento de R\$ 1,3 milhão, a maternidade terá mais 27 leitos dedicados a atender às mães, recém-nascidos e acompanhantes. Já a UTI de adultos ganhou mais 10 leitos, chegando ao total de 20, por meio de um aporte de quase R\$ 590 mil, utilizado nas obras e na compra de equipamentos, como cardioversores, monitores multiparamétricos e ventiladores pulmonares (HOSPITAL..., 2011).

Esta pesquisa não teve como propósito analisar os recursos financeiros vindos pela Rede Cegonha para a estruturação da rede de atenção materna e infantil de todos os serviços localizados no território do Recife. Nos limitamos a analisar os serviços sob gestão municipal. No caso da reforma das três maternidades municipais, não há registro que vincule as despesas já executadas diretamente aos recursos advindos da Rede Cegonha. Conforme já esclarecido, os valores previstos para reforma da ambiência dos referidos estabelecimentos, advindos da Governo Federal pela Rede Cegonha, mediante convênio e contrato de repasses, são da ordem de R\$ 900.000.000 (quadro 17), mas ainda não foram executados.

7.3.2.2.3 As boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento

A Rede Cegonha fomenta a adoção de práticas na assistência ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (já discutido nesta pesquisa, no capítulo acerca do conteúdo da Rede Cegonha).

Os relatos de alguns profissionais e gestores remetem a questionamentos acerca das práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços e dos fatores culturais, ideológicos e econômicos que as influenciam. Essas práticas determinam o modo de acessar os recursos

tecnológicos e definem relações de poder entre profissionais e parturientes, modelando a própria relação de cuidado.

O problema da superlotação das maternidades, com alto percentual de atendimento de parturientes vindas de outros municípios, implica na impossibilidade de garantir qualquer forma de vinculação das gestantes recifenses às maternidades municipais, não sendo possível, portanto, respeitar a escolha da mulher quanto ao local de realização do parto.

[...] não podíamos garantir que as usuárias do PSF fossem vinculadas as maternidades de bairros. A organização dessa regulação depende do estado (E 11).

A Central de Leitos visualiza as vagas existentes na região metropolitana e envia para onde há vaga. Existe um desenho de rede, com pactuações que, na prática, não funcionam [...] Quando não há leitos, eles enviam para onde tem equipe pra atender (E 2).

No atual cenário, a Central de Leitos de Pernambuco otimiza a utilização dos leitos identificando as vagas existentes e buscando alocar as parturientes nas maternidades mais próximas aos seus domicílios.

No Recife, o problema da superlotação, somado aos de infraestrutura das maternidades, interfere na garantia do direito da mulher à privacidade no local do parto e implica na não garantia da presença de acompanhante do sexo masculino em todo o processo.

A gente não consegue garantir o acompanhante masculino nas enfermarias porque não tem boxe. Não é individual, entendeu? Infelizmente, se tivesse pelo menos uma divisão...! A gente tenta garantir acompanhante na hora no parto, pelo menos. A gente pede para que a lavanderia todo dia traga a roupa. Se não puder assistir é por conta de alguma intervenção médica (E 5).

Em apenas um hospital estadual há relato de que a escolha da mulher por um acompanhante do sexo masculino vem sendo garantida:

Hoje, se for para o alojamento conjunto, a gente não tem ambiência adequada, mas garante a ida do pai. Ele não pode participar de todo o trabalho de parto porque a gente tem que garantir a privacidade das outras pacientes, mas se a mulher não tiver outro acompanhante a gente então põe biombo na expectativa, põe no alojamento conjunto e garante (E 6).

Um indicador importante para avaliar as boas práticas de atenção ao parto é a proporção de partos normais. Isso porque o aumento indiscriminado da proporção de cesarianas deve-se, principalmente, às cesáreas eletivas, muitas vezes não vinculadas ao risco obstétrico e que, nesses casos, submetem mães e recém-nascidos a riscos adicionais (WEIDLE et al., 2014).

A ampliação desenfreada da proporção de cesarianas, sem critérios clínicos, é a expressão da hegemonia do modelo tecnocrático do parto, que supervaloriza a tecnificação e a medicalização do cuidado. Esse crescimento se vincula, em sua essência, a questões de base mais ampla: a organização do processo de trabalho fundada na busca pela produtividade e pelo lucro.

Se você chegar em qualquer dessas maternidades privadas você vai ver que tem um grande número de partos cesarianos marcados no final de semana ou à noite, porque os honorários são melhores (E 8).

Seria necessário criar algum incentivo para que os profissionais fizessem mais partos normais, sem preocupação com a produtividade. Acho que assim eles iriam aderir com mais facilidade. Há uma melhor estrutura no SUS para realização do parto normal do que no setor privado, muito melhor. Tem enfermeira obstetra, médico plantonista, médico residente, acadêmico de medicina, em alguns lugares tem fisioterapeuta, doulas. Na medicina privada não tem nada disso, os honorários são péssimos, ninguém quer partear porque não se paga, salvo alguns planos e ainda pagam muito pouco por hora de partejamento. Você sair da sua casa de madrugada e ter risco de levar um tiro no meio do caminho! (E 4).

A fala do entrevistado traz à tona questões de cunho ideológico e ético que circundam a discussão em torno da humanização e mercantilização do cuidado em saúde. Nesse sentido, a forma como o trabalho é organizado e o modelo de atenção fomentado são modos de operar as diferentes concepções acerca do que seja a atenção à saúde. Numa concepção fundamentada na ética e na humanização, a decisão clínica não coloca o custo do procedimento como elemento central. Ademais, o MS, baseado nas recomendações da OMS, desde o ano 2000, reconheceu as intervenções desnecessárias, com uso inadequado de recursos tecnológicos, como uma das facetas da violência obstétrica (ANDRADE et al., 2016; BRASIL, 2000a).

Os achados apontam que, no caso das maternidades municipais, em todo o período do estudo, foram identificadas estratégias para a redução das práticas intervencionistas desnecessárias. No Recife, o percentual de partos normais foi ampliado de 41,55% para 45%, entre os anos de 2010 a 2015 (BRASIL, 2017b), mesmo com uma tendência de redução desse tipo de parto no Brasil. Vale registrar que a redução de cesarianas apresentada no município sofreu larga influência da ampliação da proporção de partos normais nas maternidades públicas municipais que passou de 61% para 77.9 %, no mesmo período (RECIFE, 2016b)

Precisamos principalmente de recursos humanos, garantia dos materiais, leitos, uma sala de PPP. As mulheres poderiam partear, parir e permanecer no mesmo lugar algumas horas, com o acompanhamento das enfermeiras, isso ajudaria muito. Mas

estamos conseguindo muita coisa. Em julho tivemos 231 partos normais e 73 cirúrgicos (E 5).

Também nos serviços públicos terciários, localizados no município, foi evidenciada a redução do percentual de partos cesáreos, conforme relatos de entrevistas:

A nossa taxa média de cesárea era de 60%, já que nós somos referência para partos de alto risco. Mas com ações de incentivo ao parto normal, temos agora 48% a 50% de cesarianas aqui no HAM. Em maio, a gente recebeu 10 enfermeiras obstetras e isso tem ajudado muito. [...] Recentemente houve mudanças de comportamento aqui no hospital. Eu tenho médicas que não realizavam partos normais, só cesárea, mas hoje estão fazendo um número quase igual de cesáreas e de partos normais. A gente está fazendo reuniões clínicas uma vez por mês, discutindo as boas práticas, mudando os protocolos, conversando, melhorando a ambientação (E 6).

Apesar de vários(as) entrevistados(as) relatarem a permanência de outras práticas intervencionistas desnecessárias, também foram mencionadas medidas de enfrentamento ao problema como ações para redução da dor e desconforto durante o partejamento.

Eu tô vendo que esse programa Rede Cegonha veio para mudar a visão deles. Ontem, por exemplo, uma médica do plantão justificou pra gente que precisava fazer uma episio. Antigamente não existia isso, a gente estava lá no parto, mas eles só interviam! (E 5)

Nas reuniões clínicas mensais, discutimos protocolo novo para uso de ocitocina, métodos não farmacológicos. Estamos mudando nossos processos assistenciais para estimular o parto normal. Analgesia! Pela primeira vez, desde maio para cá, que eu tenho um dado que 9,8% dos partos normais foram com analgesia! A gente conseguiu conquistar os anestesistas para fazer uma analgesia de parto! Isso nunca aconteceu. Historicamente o HAM não realizava analgesia de parto! (E 6).

Em apenas uma das maternidades municipais foi identificada a realização de partos na posição vertical, a maior parte dos relatos falam de uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.

Nós temos o módulo de cócoras, o modulo vertical aqui na maternidade, mas eu acho que não houve muita adesão. Veio um profissional do Sul para dar palestra, mas, só veio uma vez, era preciso um trabalho maior, uma discussão com todos os plantonistas. A posição do parto que se pratica nas maternidades é a horizontal, totalmente errada, a posição adequada é a de cócoras, pela própria ação da gravidade (E 8).

Trabalhamos mais com parto na posição verticalizada. A gente fez uma sala de parto humanizado, onde o pai pode sentar. Eu peguei duas barras de ferro que estavam no pré-parto e colocamos na sala de parto para a mulher se apoiar na banquetta. Colocamos rampas e material para fazer o trabalho de força. Nem é uma sala de PPP, mas a gente chama nossa sala de PPP! (E 5).

Além de procedimentos desnecessários, os relatos e matérias jornalísticas tratam da permanência de outras práticas de violência obstétrica, maiormente concretizadas por agressões verbais e maus tratos às mulheres em situação de abortamento.

Eu já vivi cada cena de violência obstétrica que dava vontade de avançar e dizer: “Que absurdo é este que vocês estão fazendo com esta mulher?” Violência praticada por mulheres que diziam: “Feche as pernas, não coloque força, que na hora de transar você não fecha as pernas!”. Várias cenas assim. Terríveis! (E 12).

[...] Chegando à maternidade, logo soube: não poderia comer. Entregaram uma bata para eu vestir. Fui levada à sala de expectativa, onde era proibida a entrada do pai da criança e não poderia sequer levar celular. “Tome esse pedaço de sabão amarelo. O banheiro fica ali. Você toma banho, se enxuga com a bata que está usando e veste essa outra”, me instruiu a doula, voluntária que se transformaria em ponto de conforto em meio ao caos. O banheiro não tinha luz. “É assim mesmo”, relativizou. Pouco depois chegou uma médica que, dispensando apresentações e informações, introduziu os primeiros comprimidos. As dores não tardaram a surgir, insistentes. Para acompanhá-las, a diarreia e o banheiro mal-assombrado. Minha mãe havia chegado e pedimos alguma medicação para amenizar dores e evacuação. Ignoradas. “Eles nos tratam assim porque acham que nós provocamos o aborto”, disse uma das pacientes, olhando para o chão (PACHECO, 2014).

Os maus tratos às mulheres em situação de aborto foram mencionados por vários(as) entrevistados (as). Mas não foram identificadas quaisquer ações para enfrentar esse problema, sejam registradas em documentos, ou nas entrevistas realizadas. Uma das entrevistadas fala da violência verbal:

A violência acontece, mas eu acho que cada vez menos. Até quem pratica tá ficando com o pé atrás, se sente envergonhado. Você sente, às vezes, na forma de tratar, nos procedimentos. Eu considero que ocorre principalmente na forma de tratar. A mulher se sente mais violada quando ela é distratada, tratada de forma grosseira, do que quando ela recebe uma intervenção desnecessária, que agora também é considerada violência obstétrica. Esse assunto não é tratado nas reuniões, mas a gente percebe que quem pratica tá ficando constrangido (E 7).

De acordo com E7, ainda que seja observada uma redução das práticas de violência verbal, no cotidiano dos serviços, tal mudança não se evidencia pela adoção de estratégias de enfrentamento à violência obstétrica, já que o problema não vem sendo tratado institucionalmente.

7.3.2.2.4 Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal

Uma das questões largamente debatidas por ativistas e profissionais de saúde envolvidos no processo de mudança do modelo tecnocrático de assistência ao parto é a

recomposição das equipes profissionais, com incorporação de profissionais não médicos na assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento.

Em 1998, o MS incluiu na tabela do SIH/SUS o procedimento parto normal sem distocia realizado pela(o) enfermeira(o) obstetra. Ainda em 1999, propôs a criação dos CPN para os partos de baixo risco, coordenados por enfermeira (o) obstetra, que presta todos os cuidados às mulheres e aos recém-nascidos (BRASIL, 1999).

Com a Rede Cegonha, foram previstos recursos financeiros para a construção do CPN, nos quais as(os) enfermeiras(os) obstetras são responsáveis técnicas(os) e devem acompanhar todo o processo fisiológico do nascimento. Devem contribuir para a evolução natural do parto, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando para a avaliação dos profissionais médicos aquelas que demandem assistência especializada (BRASIL, 2015).

No Recife, as (os) enfermeiras(os) obstetras foram inseridas (os) nas três maternidades públicas municipais (RECIFE, 2011b) e em todos os hospitais estaduais responsáveis pelo parto de alto risco localizados no município. Os relatos de gestores (as) abordam a questão:

O Estado realizou concurso e colocou 77 enfermeiras obstetras na rede estadual, nas regionais, pra induzir essa mudança de modelo (E 2).

A gente teve todo um trabalho voltado para a humanização do parto, tivemos premiação nas nossas maternidades, em 2010, contratamos enfermeiras obstetras para estimular os partos normais nas nossas maternidades (E 11).

Todavia, os achados da pesquisa apontam para persistentes conflitos na inserção desses profissionais no cotidiano dos serviços.

As enfermeiras não podem fazer parto de alto risco, essa é uma questão definida em nível de Conselho de Enfermagem. Qual foi o problema? Quando elas chegaram queriam fazer o parto, mas elas levavam a paciente para a sala de PPP sem comunicar ao médico. E geravam os conflitos. Hoje quem avalia a paciente é o médico. Depois que ele examina, avalia se a enfermeira tem condições de fazer o parto. Mas ele está ali perto, caso haja alguma necessidade (E 6).

Dizem que os médicos estão revendo e aceitando as enfermeiras obstétricas. Imagina! Isso é papo! Porque lá dentro do serviço é uma resistência muito grande. Falam: “Ah é ? Vocês só vão me chamar quando complica, é?”. Mas é o papel deles. Então você vê médicos ameaçando: “Quando complicar eu não venho!”... Essas coisas. É um embate de categorias muito grande! (E 10).

Eu era de um plantão em que eu conseguia atuar muito pouco. Se eu auscultasse a médica subia para auscultar de novo. Nesse de agora, eu tenho uma aceitação que nunca pensei que eu ia ter (E7).

Vários conflitos se devem à disputa pela responsabilidade técnica nos serviços de assistência ao parto, ainda que a legislação vigente especifique detalhadamente as atividades dos profissionais de enfermagem na assistência obstétrica. Cabe ao enfermeiro(a) obstetra avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais e adotar tecnologias apropriadas na assistência, tomando decisões que respeitem a autonomia e protagonismo da mulher; prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia) e ao recém-nascido; e naqueles casos em que sejam detectados fatores de risco e/ou complicações devem encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015). Algumas enfermeiras obstetras discutem sobre esses conflitos:

Tínhamos muita resistência por parte dos médicos com relação à participação das enfermeiras obstetras aqui no hospital. Muito dessa resistência é porque o movimento das enfermeiras obstetras colocavam o obstetra como o vilão, os que praticavam a violência obstétrica. Isso levou a uma revolta dos médicos. Se não tivesse essa discussão a aceitação dessas dez enfermeiras especialistas que chegaram seria menos traumática (E 6).

Ainda não está superada a questão dos conflitos de categoria, mas melhorou muito. Eles estão entendendo que nós não viemos para tomar o lugar deles e sim para cooperar. Nós não queremos ser obstetras, até porque na nossa compreensão quem faz o parto é a própria mulher, né? A gente tá ali pra favorecer o processo natural e fisiológico do parto, com recursos naturais (E 7).

De acordo com a análise de representantes do COREM e do movimento de mulheres, o elemento central dos conflitos entre as categorias médica e de enfermagem diz respeito à disputa pelos honorários referentes à assistência ao parto. O problema consiste no fato de que os médicos assinam como responsáveis técnicos por todos os partos realizados, mesmo aqueles em que não há complicações e que tenham sido totalmente acompanhados por enfermeiras (os).

Enquanto o enfermeiro tá fazendo os partos de acordo com a legislação vigente tudo bem. É como se fosse um dever. Mas a partir do momento que ele cobra os direitos, que quer receber pelo parto que ele faz, aí começa a chatear. É preciso ser compreendido que o enfermeiro tem competência legal e técnica para fazer essa atividade e é justo que seja remunerado. Enquanto ele está fazendo a atividade, mas não assina tudo bem. Não existe isso! O enfermeiro faz o parto e quem assina é o médico! Quem recebe pelo parto é o médico, mesmo no caso do parto normal (E 17).

Há essa horrorosa injustiça da repartição de tarefas e na remuneração. Tem que ter um sistema justo de retribuição, as enfermeiras obstétricas ganham pouquíssimo. Tem a vontade de fazer bem, demonstrar que pode ser feito diferente, mas tem um momento que vão cansar (E 10).

Há evidências de que a inserção das enfermeiras(os) obstetras contribuiu para melhoria no acompanhamento no progresso do parto, com maior monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento.

As mulheres aderem. Elas falam assim: “mesmo com todo o sofrimento para ter um filho normal, a dor foi amenizada”. A gente trabalha amenizando a dor com massagem, escalda pés, conversa. Não usamos medicação nenhuma (E 5).

Hoje temos nove enfermeiras obstetras na equipe. A gente acompanha desde a hora da admissão, pré-parto, parto. Fazemos um trabalho com a gestante, com bola, agachamento, escalda pés. A gente comprou um material com recursos próprios mesmo, bola, bacias, um mergulhão para fazer água quente, essência, som, luz apagada (E 7).

Acho que as enfermeiras obstetras devem ser inseridas em todos os serviços. Elas não são intervencionistas e acompanham a mulheres desde o início até a finalização do parto (E 4).

A despeito de todos os conflitos que vêm permeando as relações de trabalho no cotidiano dos serviços, os achados apontam para avanços na adoção de práticas humanizadas da atenção ao parto e nascimento no Recife, principalmente relacionadas ao incentivo ao parto normal.

7.3.2.2.5 Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal

Nos serviços de atenção obstétrica e neonatal a prática do acolhimento requer dos profissionais de saúde a realização de um atendimento cuidadoso, com avaliação das gestantes para confirmação do diagnóstico inicial, assim como a determinação da conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal ou serviço de atenção ao parto de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica (BRASIL, 2011b).

O acolhimento deve promover um atendimento em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada, além da adequação dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência (BRASIL, 2011b).

Alguns entrevistados explicam acerca do funcionamento do serviços de classificação de risco nos serviços de assistência ao parto e nascimento de risco habitual e de alto risco localizados no Recife:

A gestante quando chega passa pela classificadora de risco. A enfermeira vê as prioridades, de acordo com o protocolo. Se ela verificar alguma coisa muito grave, ela pode conversar com o médico para acelerar esse atendimento. Depois dessa triagem, se ver que é uma paciente de alto risco, é que eles transferem, por meio da regulação (E 5).

Aqui no hospital a paciente do serviço de pré-natal de alto risco vem com encaminhamento do médico, passa pela triagem para ser internada na enfermaria de alto risco. Essa paciente não entra na classificação de risco. Quem vai passar pela classificação de risco é a paciente regulada, a que vem encaminhada pela Central de Regulação e a que vem por demanda espontânea (E 7).

No Recife, todos os serviços que realizam assistência ao parto dispõem de classificação de risco das gestantes. Nas três maternidades municipais, a implantação da classificação de risco ocorreu entre os anos de 2010 e 2014 (RECIFE, 2014b).

7.3.2.2.6 Estímulo à implementação de colegiado gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na política nacional de humanização

Um dos principais dispositivos de fomento a cogestão definidos pela política Rede Cegonha são os fóruns perinatais e os colegiados gestores das maternidades. Esse fóruns têm como propósito promover espaços de diálogos coletivos, plurais, interinstitucionais, onde se firmam acordos éticos do estado com instituições, conselhos e sociedade civil para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e da criança (BRASIL, 2011b).

Não há registro de formação de colegiados gestores nas maternidades municipais do Recife. A estratégia de cogestão identificada foi a realização dos fóruns perinatais. Em 2014, foi realizado o I Fórum Perinatal da Cidade do Recife com a participação de profissionais dos serviços básicos de saúde, maternidades, policlínicas e gestores de nível distrital e central da SS/Recife, SES/PE, apoio institucional do MS. Também participaram órgãos ou instituições parceiras como o Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça em Defesa da Saúde do Ministério Público de Pernambuco, Secretaria Municipal da Mulher do Recife e Conselho Municipal de Saúde (RECIFE, 2014b).

Essas reuniões vêm acontecendo a cada três ou quatro meses e se constituindo em espaço de discussão acerca da estruturação e qualificação da rede de atenção ao pré-natal e ao parto no município, como retrata a fala de uma representante do movimento de mulheres:

Uma coisa positiva é que a Rede Cegonha obrigou a fazer os fóruns perinatais, que são interessantes porque há um debate com todas as pessoas que estão na assistência, na ponta, os gestores, etc. e aí todo mundo conversa né? Eu faço questão de dizer tudo o que eu penso. Eu sinto que tem uma empatia, mas as pessoas da gestão ficam meio engessadas nas suas obrigações, mas sinto que tem escuta, o que é bom. A

gente traz coisas que todo mundo sabia, mas ninguém dizia, porque quem tá na gestão tá engessado (E 10).

Os fóruns também têm sido utilizados enquanto espaços de educação permanente aos (as) trabalhadores (as), locais nos quais ocorrem discussões temáticas acerca da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife.

7.3.2.3 Os desafios para transformar o desenho em rede regional de atenção à saúde materna e infantil

A organização do acesso à assistência ao parto e ao nascimento no Recife está intrinsecamente vinculada ao cumprimento dos pactos realizados no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco. No desenho de rede elaborado, Recife desempenha papel estratégico enquanto sede da macrorregional I, e por concentrar 68,9% dos leitos para o parto de alto risco do estado, a maior parte dos serviços diagnósticos de alta complexidade e vários serviços que são referências para todo o estado.

Todavia, o cumprimento dos pactos travados durante a elaboração do desenho da Rede Cegonha na I Região de Saúde de Pernambuco vem se configurando num desafio que passa por fatores políticos, econômicos e sociais e pela interferência dos atores na governança e implementação da Rede Cegonha na região.

A transformação do desenho proposto numa efetiva rede de atenção requer a ampliação de recursos financeiros para implantação e estruturação dos serviços. Requer ainda aprimoramento dos mecanismos de cooperação entre gestores para compartilhar responsabilidades assistenciais e financeiras, além de decisões políticas comprometidas com a organização das redes regionais de atenção à saúde.

Mas, de forma concreta, o fomento às redes regionais de atenção materna e infantil se depara com um problema central: o subfinanciamento do SUS. Ainda que o MS preveja recursos para obras, reformas e custeio de serviços, parte dos recursos para manutenção desses serviços continua sendo de responsabilidade dos municípios, dentro da lógica do financiamento tripartite. Como os municípios vêm gradativamente ampliando seus percentuais de despesas com os serviços de saúde, crescem as dificuldades para responsabilizar-se pela ampliação da oferta desses serviços.

Como é que se dialoga num processo de regionalização sem dinheiro novo? A bipartite, a PPI terminaram sendo algo muito virtual. Porque a gente pactuava indicadores com o mesmo dinheiro que já tinha. E nenhum gestor abria mão de

nada. Então você tinha bons produtos escritos, boas discussões, mas na prática não se desenvolvia daquele jeito. (E 11).

Mesmo que tenha tido um esforço do MS de direcionar recursos para essas cinco redes, os recursos são insuficientes. Os municípios, em média, gastam 21% dos seus recursos próprios com saúde. A média nacional per capita de gastos com saúde é de 600 reais. Isso para tudo. Não dá pra nada! Não dá para dizer que existe má gestão! O dinheiro que a gente vem recebendo na Rede Cegonha tá incluído dentro deste per capita. Veio uma parte para o pré-natal, para os exames, mas também só veio uma única parcela. O outro incentivo foi para a rede hospitalar, para melhorar o valor de custeio do parto, que passou de 400 para 800 e poucos reais. No caso dos hospitais que fizeram parte da Rede Cegonha, houve um acréscimo de recursos. O problema é que a tabela estava muito defasada e o custo do parto não é mais 800 reais. (E 3)

Em entrevista concedida por Luciana de Lima, a autora afirma que, além do problema de insuficiência de recursos, outra dificuldade é o próprio modelo de financiamento do SUS, marcado pela decrescente participação do nível federal no total dos gastos com saúde, sobrecarregando cada vez mais os municípios. Ademais, os mecanismos de financiamento não romperam com a lógica que privilegia a relação do MS com os municípios, negligenciando o papel dos estados, que seria central na coordenação das redes regionais de atenção à saúde (GUIMARÃES, 2013). As transferências intergovernamentais ocorrem, principalmente, por mecanismo fundo-a-fundo, através dos blocos de financiamento e, majoritariamente, transferidas do MS para os municípios. Não foram criados mecanismos efetivos de alocação de recursos para as regiões de saúde, o que fragiliza o papel dos estados no acompanhamento do cumprimento dos pactos entre municípios.

Ainda de acordo com Luciana de Lima, a assinatura do COAP seria uma alternativa para mudar a lógica do financiamento adequando melhor a destinação dos recursos aos planos diretores regionais. A governança das redes carece de mecanismos de financiamento com perspectiva regional. Lima (2013) advoga que uma alternativa viável seria a criação de fundos regionais, com participação tripartite e com a presença do estado na regulação do processo, desde que fossem assegurados os recursos necessários para financiar as ações que se articulam no âmbito regional (GUIMARÃES, 2013).

A questão do modelo de financiamento do SUS foi tratada por gestores entrevistados:

[...] .a gente fez o desenho da rede a partir da capacidade instalada e análise do percentual de usuários que vinham de outros municípios. Eu fazia essa discussão em mesa de congresso, nas discussões da bipartite, no congresso do COSEMS. A discussão existia, os mecanismos para pactuar também, mas não vinha o dinheiro necessário para se fazer essa arrumação. [...] Aí vem a questão: se eu tenho x recursos, eu vou ter que ceder para o outro? Porque dinheiro de município ninguém cede! Aí se começa a ter as grandes dificuldades para organizar a rede, é muito difícil! Para se fazer uma regionalização tem que ter redirecionamentos no aporte de recursos e é preciso investir o que se tem no lugar mais estratégico (E 11).

Outra questão, também de dimensões gerais, diz respeito à fragilidade dos mecanismos de responsabilização compartilhada entre gestores, de modo que os municípios ainda assumem compromissos de forma individualizada (ANDRADE, 2013). Pernambuco, conforme a quase totalidade dos estados brasileiros, não assinou o COAP. Sendo assim, os municípios definem metas individuais no Pacto de Gestão.

Por exemplo, se discute: “ Nós precisamos construir uma maternidade não aqui, mas em Jaboatão que está sem nenhuma”. Aí a coisa não vai, entendeu? Como é que vão ser divididas as cotas do dinheiro? Como é que os recursos vão ser repassados? Como vai ser a participação dos municípios que vão ser beneficiados por aquele serviço? Quando se vai para a realidade, para a vida como ela é, então toda essa construção que está no papel é extremamente difícil de botar na prática. Para se construir alguma coisa tem que ser a partir das macropolíticas. Tem que se construir mecanismos para garantir o financiamento dos serviços nessa lógica de rede (E 11).

A organização das referências regionais esbarrou na dificuldade dos prefeitos de justificar para a população a retirada de uma maternidade. Nenhum prefeito em sua consciência vai querer fechar um serviço no seu município para compartilhar com o financiamento de um serviço em outro lugar. Tem estes limites culturais, sociais e políticos. O desenho é fácil, mas tem que levar em conta o território vivo, as pessoas, as relações sociais, o que é que tá acontecendo ali na região (E 3).

As questões levantadas pelos entrevistados E3 e E11 corroboram as ideias de Luciana de para quem o Pacto de Gestão não foi capaz de fortalecer a regionalização porque os municípios podem assumir metas isoladamente. Nesse sentido, a adesão ao COAP seria uma alternativa viável para dar concretude aos acordos intergovernamentais. Todavia, a simples assinatura do documento, sem financiamento novo, não garante a ampliação e qualificação dos serviços (GUIMARÃES, 2013).

Outro componente decisivo nos rumos da Rede Cegonha na I Região e no Recife foram as mudanças políticas decorrentes do ciclo eleitoral estadual e municipal. Todo o processo de elaboração do desenho da Rede Cegonha na I Região de Saúde de Pernambuco foi conduzido conforme normatização. Foram instituídos o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha em Pernambuco, os Grupos Condutores Regionais; realizada apresentação e análise da matriz diagnóstica e desenho da rede regional no Colegiado de Gestão Regional- CGR e homologação na CIB; cada regional foi responsável pela elaboração do seu plano e organização do seu grupo condutor.

Todas as regiões constituíram seu grupo condutor e estes foram homologados na CIB. Os grupos condutores regionais elaboraram seus planos com apoio do grupo estadual. O grupo condutor regional coordenava a discussão a nível regional e depois, com a contratação dos apoiadores institucionais para a Rede Cegonha pelo MS, eles passaram a apoiar o processo. Há três apoiadores institucionais: um para a PHPN, um para Saúde da Criança e outro para Rede Cegonha (E 2).

Em 2012, ocorreu todo o processo de pactuações e os planos regionais e municipais de Pernambuco foram aprovados na CIB. No entanto, com o pleito eleitoral de 2012, e a recomposição dos grupos políticos à frente do poder executivo municipal, ocorreram redirecionamentos nos pactos iniciais previstos.

No Recife, até 2012, os gestores que estavam à frente da Secretaria de Saúde tinham como prioridade, no campo da assistência materna e infantil, a construção de três CPN, uma CGBP e reforma das maternidades municipais previstos no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco. Todavia, conforme já discutido, com a mudança de gestão em 2013, tomou-se um novo direcionamento: priorizar a construção do Hospital da Mulher do Recife.

Esse cenário evidencia a fragilidade dos mecanismos de governança inerentes ao processo de organização das redes regionais de atenção à saúde. Nesse sentido corroboramos as ideias de Santos e Andrade (2013); Guimarães (2013) para quem a debilidade dos mecanismos de governança das redes se deve ao desfavorecimento dos instrumentos formais de articulação e pactuação do SUS – as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). Nesse sentido, as avaliações técnicas que nortearam a formulação do desenho da Rede Cegonha na I Região não foram preponderantes na tomada de decisão. De forma concreta, o processo decisório deslocou-se do espaço de articulação e pactuação formal do SUS, a CIB, e restringiu-se aos cargos de comando do poder executivo.

O HMR foi inserido no âmbito da Rede Cegonha da I Região de Saúde de PE por meio da resolução CIB/PE nº 2.239, de 26 de março de 2013, mas a inserção do equipamento na I Região de Saúde de Pernambuco não decorreu de um debate amplo, capaz de fortalecer a rede regional. Alguns entrevistados analisam esse processo:

Uma rede em que se coloca uma superestrutura em um município e os outros se mantêm do mesmo jeito, suga em todos os sentidos. Veja o caso do Hospital da Mulher do Recife: se eu boto um hospital novo, não é só recurso pra construção não! Tem medicamentos, manutenção. Então para onde vai o dinheiro? Pra onde é que os profissionais vão, já que o modelo das OS paga melhor? [...] Onde é que se vai conseguir neonatologista, pediatra e obstetra para o hospital? Nós temos falta de profissionais em todas as maternidades do Recife. Ou isso não deveria ter sido discutido antes? A construção de modelos assim, sem uma perspectiva de rede é algo que não é solidário. E também porque não ofertar o parto de alto risco, os serviços de atenção à mulher, numa Barros Lima? Pegaria aquele terreno enorme que tem lá e construiria, faria uma nova parte e faria tudo ali, entendeu? (E 3)

O Hospital da Mulher e a Maternidade de Jaboatão foram pensados pra serem referência principalmente pra partos de alto risco. Mas o acesso ao hospital da mulher não foi discutido nesses fóruns, pelo menos nas reuniões que eu participei da Rede Cegonha, não foi colocada essa discussão (E 3).

A gente não discutiu nada sobre o perfil do Hospital da Mulher aqui, no conselho, tivemos uma apresentação da gestão pra falar sobre os serviços que serão prestados e os valores que foram gastos na obra (E 1).

A mudança de rumos quanto às prioridades na implantação de serviços previstos no Plano de Ação da Rede Cegonha na I Região de Pernambuco implicou na fragilização das ações do Grupo Condutor Estadual e Regional da Rede Cegonha. Vale registrar que Recife não definiu Grupo Condutor Municipal. O modelo de governança proposto pela Política, com formação dos grupos condutores municipais, regionais e estadual, com articulação e pactuação previstas na CIT, CIB e CIR, carece de mecanismos que o fortaleçam.

Quanto à participação dos atores na implementação da Rede Cegonha, infere-se que os gestores e trabalhadores das unidades de saúde foram centrais na implementação das ações da Política. De forma concreta, após o momento de tomada de decisão, os trabalhadores (as) – as equipes técnicas das unidades de saúde – ocuparam papel preponderante na operacionalização das ações. Tal constatação demonstra que a política vem se desenvolvendo conforme compreende Howlett, Hamesh e Perl (2013), com participação decisiva dos trabalhadores (a) na fase de implementação.

Entre os atores externos, destacou-se a participação de representantes do movimento de mulheres, principalmente exercida mediante atividades de controle social. Foram ações desenvolvidas por meio dos Comitês Estadual e Municipal de Mortalidade Materna, com participação nos Fóruns perinatais e demais instâncias de discussão e fiscalização das ações de saúde materna e infantil.

As representantes do movimento de mulheres exerceram um papel estratégico na fiscalização das ações desenvolvidas e análise do cumprimento dos pactos travados no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco e do Recife. Ainda que a participação dessas mulheres tenha sido frágil nos momentos de formulação e tomada de decisão, a realização de visitas às maternidades, a participação nos fóruns e as constantes articulações com a imprensa para denunciar a precariedade dos serviços, a peregrinação de mulheres e os atos de violência obstétrica, foram elementos de pressão constante para a implementação de ações em âmbito local.

Quando fazemos as visitas surpresas às maternidades levamos um ofício e dizemos: “Somos feministas, do movimento de mulheres”. Os gestores não impedem nossa presença (E 10).

Se não nos convidarem pro Fórum Perinatal, a gente se convida. Eu vou e falo tudo o que penso. Não se pode fazer críticas. Os gestores ficam muito engessados nessas

reuniões, não se pode critica nada, porque não pode citar o nome do Dr. fulano. Mas eu falo de todos os absurdos que eu vejo e faço minhas sugestões (E 10).

Nessa complexa interação de fatores que determinam o desenvolvimento da Política, a participação de representantes do movimento de mulheres enquanto agentes do controle social ganha força e expressão exatamente por ser um elemento externo à instituição, com relativo poder de articulação juntamente à imprensa e à sociedade, impulsionando constantes críticas ao não cumprimento dos pactos e às fragilidades nas proposições referentes ao conjunto dos direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva.

7.3.3 A avaliação da Rede Cegonha

Embora os resultados possam ser apresentados na análise do conteúdo da Política (ARAÚJO JÚNIOR; MACIEL FILHO, 2001), nesta pesquisa optamos por sintetizá-los na etapa de avaliação.

Para avaliar os resultados foi elaborada uma matriz avaliativa da Rede Cegonha (figura 4) que pudesse agregar informações acerca das categorias de análise do Modelo Abrangente de Análise de Políticas (conteúdo, contexto, processo, atores). Tal proposta foi uma tentativa de suprir deficiências que possam limitar a compreensão dos resultados alcançados pela Política.

Apresentamos, de forma sintética, os problemas/situação inicial, ações, metas, recursos, isto é, os elementos do conteúdo da Política e a influência dos atores e do contexto na Política. Embora os aspectos referentes ao processo da Política não estejam apresentados na matriz avaliativa proposta, foram a base analítica para que pudéssemos tecer as considerações sobre a participação do atores e do contexto no seu desenvolvimento.

Nessa construção, tomamos como referência o modelo lógico da Rede Cegonha apresentado por Cavalcanti et al. (2013), que toma como base a matriz diagnóstica da Rede Cegonha, apresentada na Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, na Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011. No entanto, ao se restringir aos aspectos do conteúdo da política Rede Cegonha, especificamente aos objetivos, ações, indicadores, o modelo lógico apresentado pelos autores deixa de fora elementos cruciais para a explicação dos problemas e dos resultados alcançados, como a influência do contexto e aos atores. Na matriz avaliativa que propomos esses aspectos foram agregados.

Acrescentamos também os aspectos referentes às fases de desenvolvimento da Rede Cegonha, incluindo as etapas de adesão e diagnóstico, contratualização de serviços e qualificação dos componentes e certificação.

Propomos uma avaliação que se destina a compor a análise abrangente da Política. Compõe um a das etapas da análise do processo da Rede Cegonha. Tomando como referência o modelo lógico de Cassiolato e Guerresi (2010), classificamos os elementos do contexto como favoráveis ou desfavoráveis. A participação dos atores foi julgada a partir do modelo apresentado por Lyra (2009). Nesse caso, sugerimos algumas modificações que julgamos pertinentes para classificar os elementos propostos no modelo: envolvimento, a forma de participação, o interesse, a influência/poder e a posição que ocupam em relação à política. Adotamos então a seguinte classificação:

- 1) Envolvimento: Limitado; Significativo; Elevado
- 2) Forma de Participação: Indireta; Direta; Pontual
- 3) Interesse: Limitado; Significativo; Elevado
- 4) Influência/Poder: Não houve; Limitado; Significativo; Elevado
- 5) Posição: Apoio político; Apoio técnico; Apoio técnico e político; Indiferente; Oposição.

As classificações apresentadas são julgamentos que incorporam grau de subjetividade e que dependem da capacidade analítica da autora. A avaliação tem como intuito contribuir para compilar e organizar os principais resultados da Política. Todavia, uma compreensão mais clara e aprofundada do porque dos resultados alcançados depende da análise do conjunto dos achados do estudo.

Quadro 22 – Matriz de Avaliação do Conteúdo da Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento –Recife - 2011- 2015

Continua

CONTEÚDO				
	SITUAÇÃO INICIAL/ PROBLEMAS	AÇÕES	INDICADORES	RESULTADOS ALCANÇADOS
ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	Baixa cobertura de serviços de atenção básica (58,17%) .	Realização de pré-natal nas UBS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção.	Cobertura dos serviços de atenção básica.	A cobertura dos serviços de atenção básica passou de 58,17% para 56,53% da população.
			Proporção de gestantes cadastradas no pré-natal.	Sub-registro de gestantes cadastradas no SISprenatal Sinasc
			Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal.	Sinasc = % de gestantes com captação precoce no pré-natal
			Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal.	A proporção de gestantes com 06 ou mais consultas de pré-natal passou de 54,84% para 56,67%.
	Acesso aos serviços de saúde organizados de forma burocrática, a partir das filas por ordem de chegada.	Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.	% de US com acolhimento e avaliação com classificação de risco e vulnerabilidade implantados.	Em 2015, 100% das USF realizavam acolhimentos com classificação de risco das gestantes.
	Serviços de pré-natal de alto risco com equipes profissionais incompletas nas maternidades municipais.	Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno.	Proporção de 15% de gestantes de alto risco esperadas.	Em 2015, foram esperadas 3.879 gestantes de alto risco no Recife. Foi ampliado o acesso ao pré-natal de alto risco, com estruturação (reforço das equipes técnicas) de três serviços de pré-natal de alto risco municipais.
	Sub-registro dos exames realizados com registro de apenas 4.766 exames HIV realizados em hospitais; 14.192 ultrassonografias obstétricas; registro insignificante de urocultura; não há registro de exames VDRL.	Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno.	Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram exames de glicemia, urocultura, VDRL e HIV entre a 28ª e a 30ª semana de gestação e receberam os resultados até a 38ª semana de gestação.	Sub-registro dos exames realizados, com registro de apenas 5.292 exames HIV realizados em hospitais; 20.421 ultrassonografias obstétricas, registro insignificante de exames de urocultura; não há registro de exames VDRL
			% de gestantes com todos os exames preconizados	
Gestantes não vinculadas às maternidades municipais, com peregrinação de parturientes para parir em toda a RMR.	Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.	Proporção de gestantes com vinculação a um serviço de parto durante o acompanhamento pré-natal	Não foi organizada a vinculação das gestantes às maternidades municipais devido à superlotação e alto percentual de atendimentos a gestantes vindas de outros municípios.	

Quadro 22 – Matriz de Avaliação do Conteúdo da Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento –Recife 2011.

Continua

CONTEÚDO				
	SITUAÇÃO INICIAL/ PROBLEMAS	AÇÕES	INDICADORES	RESULTADOS ALCANÇADOS
ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	Não funcionamento do Sis prenatal web no município	Qualificação do sistema e da gestão da informação.	-	O Sis prenatal web não foi instalado na maior parte das unidades de saúde. Há importante subregistro de dados.
	Resistência de parte dos profissionais de orientar e disponibilizar teste rápido de gravidez, contraceptivos de emergência e abordar a questão do aborto.	Implementação programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva	-	Realizadas orientações com relação à contracepção, oferta de teste rápido de gravidez e de sífilis, uso de contraceptivo de emergência, diagnóstico e tratamento relacionados à saúde sexual e reprodutiva.
	Registrados 256 casos de sífilis congênita e dois casos novos de AIDS em menores de cinco anos.	Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano.	Aumento do nº de casos de sífilis congênita que passou de 226 para 398, correspondendo a uma ampliação de 76 % no período do estudo.
			Taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos de idade	Redução do nº de casos novos de AIDS em menores de 05 anos que passaram de 5 para 2.
	Não há recursos federais ou estaduais para apoio ao deslocamento de gestantes para a realização de consultas e no momento do parto. Até 2012, eram ofertadas passagens com recursos da Prefeitura do Recife (mediante avaliação socioeconômica da gestante).	Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.	-	A partir de 2013, não foi ofertado apoio financeiro para as consultas de pré-natal e no momento do parto.
ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	Deficit de 37 leitos de risco habitual no Recife.	Ampliação de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais; Construção de três CPN e uma CGBP	Nº de leitos obstétricos e neonatais existentes no município de acordo com parâmetros da Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 (anexos).	O nº de leitos obstétricos de risco habitual foi mantido (99), mas o déficit foi ampliado de 37 para 47 leitos. Recife não dispõe de leitos obstétricos de alto risco nos serviços municipais, porém, ao final da coleta do estudo, havia um hospital de referência para o parto de alto risco em construção. No Recife, localizam-se 68,9% dos leitos de alto risco de Pernambuco (363 de um total de 527 leitos) pertencentes aos hospitais (estaduais, federal e filantrópico) localizados no município. O nº de leitos de UTI e UCI neonatais existentes nos hospitais localizados no Recife foi reduzido de 77 para 73 e de 117 para 109, respectivamente. Não foram implantados os três CPN e uma CGBP previstos no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de PE.

Quadro 22 – Matriz de Avaliação do Conteúdo da Rede Cegonha: atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento –Recife 2011.

Conclusão

CONTEÚDO				
	SITUAÇÃO INICIAL/ PROBLEMAS	AÇÕES	INDICADORES	RESULTADOS ALCANÇADOS
ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	A ambiência dos serviços de atenção ao parto do município não estão de acordo com RDC N° 36/2008/ANVISA	Melhoria da ambiência das maternidades	–	Realizadas pequenas reformas nas três maternidades municipais. Os recursos previstos pela Rede Cegonha para reforma da ambiência das maternidades não foram executados.
	Não é garantida a escolha da mulher ao local de realização do parto. Alta proporção de partos cesáreos.	Garantia de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento	Proporção de cesárea	A proporção de partos normais foi ampliada de 41,55% para 45%, sendo que nas maternidades municipais passou para 77.9 %.
				Não foi garantida a escolha da mulher ao local de realização do parto; A maior parte dos partos é realizada na posição supina; Há permanência de práticas intervencionistas desnecessárias e de outros atos de violência obstétrica (verbal e maus tratos nos casos de atenção ao aborto).
	Não é garantida a escolha da mulher quanto ao acompanhante do sexo masculino.	Garantia de acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto.	Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto	Apenas em algumas US, e em situações específicas, é garantida a escolha da mulher quanto ao acompanhante do sexo masculino.
	Não há serviço de acolhimento com classificação de risco nas três maternidades municipais.	Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;	–	Foi implantado o serviço de acolhimento com classificação de risco nas três maternidades municipais.
				Não foram identificadas medidas para prevenir o aborto clandestino, nem os maus tratos às mulheres em situação de aborto.
	Enfermeiras obstetras inseridas em algumas US. Alto grau de conflito entre categorias médica e de enfermagem em torno da disputa pela responsabilidade técnica do parto.	Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	–	Inserção das enfermeiras obstetras em todas as maternidades municipais. Garantia da assistência ao parto realizada por enfermeiras(os) obstetras de acordo com legislação vigente, ainda que com a permanência de conflitos com a categoria médica.
Não há Colegiado Gestor nas Maternidades. Fórum Perinatal não implantado no Recife.	Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão	–	Não foram implantados colegiados gestores nas maternidades. Realizados os Fóruns Perinatais no município a cada três ou quatro meses.	

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados de Recife (2011a, 2011b).

Quadro 23 – Matriz de Avaliação do Conteúdo da Rede Cegonha: indicadores de mortalidade e de gestão – Recife 2011-2015

Continua

	SITUAÇÃO INICIAL	INDICADOR	RESULTADO ALCANÇADO
Indicadores de mortalidade	Ocorreram nove óbitos maternos em 2011.	Nº de óbitos maternos	O nº de óbitos maternos aumentou de 09 para 18.
	O CMI foi de 12,85 óbitos/1000 NV.	Taxa de óbitos infantis	O CMI foi reduzido de 12,85 para 11,6 óbitos/1000 NV.
	Foram investigados 96,05% de óbitos infantis-fetais	% de óbitos infantis-fetais investigados	O % de óbitos infantis-fetais investigados foi reduzido de 96,05% para 79,7 %.
	Todos os óbitos maternos foram investigados 100%).	Proporção de óbitos maternos investigados	A proporção de investigação de óbitos maternos foi mantida, atingindo 100 %.
Indicadores de gestão	O Investimento estadual no setor saúde foi de 15,73% dos recursos próprios. A despesa total em saúde/hab em Pernambuco foi de R\$ 346,52 e a despesa com recursos próprios foi de 221,96.	% de investimento estadual no setor saúde	O investimento estadual no setor saúde foi de 16,23% dos recursos próprios. A despesa total em saúde/hab. em Pernambuco foi de R\$ 499,72 e a despesa com recursos próprios foi de 285,86.
	O Investimento do Recife no setor saúde foi de 15,73% dos recursos próprios; A despesa total em saúde/hab. no Recife foi de R\$ R\$ 370,69 e a despesa com recursos próprios foi de R\$ 199,61.	% de investimento municipal no setor saúde	O investimento do Recife no setor saúde foi de 16,92% dos recursos próprios. A despesa total em saúde/hab no Recife foi de R\$ 602,11 e a despesa com recursos próprios foi de 291,79.
	Iniciada revisão do PDR em 2011.	Participação na atualização do Plano Diretor Regional	Participação na revisão do PDR com definição de quatro macrorregionais: 1) Metropolitana: Regiões de Saúde I, II, III e XII (Sede: I Região de Saúde - Recife); 2) Agreste: Regiões de Saúde IV e V (Sede: IV Região de Saúde - Caruaru); 3) Sertão: Regiões de Saúde VI, X e XI (Sede: XI Região de Saúde - Serra Talhada); 4) Vale do São Francisco: Regiões de Saúde VII, VIII e IX (Sede: VIII Região de Saúde- Petrolina). Participação na estrutura da CIR da I Região de Saúde de Pernambuco.
	Iniciada transição de pactuação dos indicadores do COAP, em substituição aos indicadores do Pacto pela Vida.	Participação na atualização da PPI.	A SS do Recife participou das discussões para redefinição da PPI, construção do COAP e PGAS. A Programação Pactuada e Integrada em Pernambuco encontra-se em redefinição. Em 2011, foram reiniciadas as discussões sobre a PPI, uma vez que as novas diretrizes ministeriais (Decreto 7508/11) alteravam a lógica discutida, até então. A PPI vigente no Estado apresenta estrutura anterior ao Decreto nº7508, tendo sido revista em 2006, não refletindo as pactuações realizadas na construção da Rede Cegonha. Entre 2011 e 2013, foram realizadas diversas ações com vistas à construção do COAP em PE. Foram instituídos dois grupos condutores: o Grupo Executivo de Regionalização e o Grupo Conductor da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, composto por representantes da SES/PE e do COSEMS/PE. Os indicadores aprovados para o COAP em PE foram aprovados na CIB. Contudo, esse processo foi interrompido em função das incertezas quanto à definição de novas fontes de custeio para as ações pactuadas.

Quadro 23 – Matriz de Avaliação do Conteúdo da Rede Cegonha: indicadores de mortalidade e de gestão – Recife 2011-2015

(Conclusão)

SITUAÇÃO INICIAL	INDICADOR	RESULTADO ALCANÇADO
Implantadas centrais de regulação urgências, de internação, e ambulatorial.	Implementação das ações das centrais de regulação(i) urgências, (ii) de internação, e (iii) ambulatorial	No Recife, a Central de Regulação Municipal regula os atendimentos da atenção básica e Média Complexidade . Recife também regula o transporte das gestantes no momento do parto através Central Regional do Samu Metropolitano (24h). Os demais níveis de regulação (Estadual, Macrorregional, e Interestadual) ficam sob gestão Estadual O acesso do usuário ao SUS no estado é organizado pela Central Estadual de Regulação de Leitos que é responsável por definir o encaminhamento para um serviço de referência de acordo com a patologia informada pelo médico assistente, desde que avaliado e aprovado pelo médico regulador.
Implantados serviços de ouvidoria do SUS em PE e no Recife	Implantação de ouvidorias do SUS no município.	Implantado serviços de ouvidoria do SUS em Pernambuco e no Recife

Fonte: elaboração da autora a partir de dados de Recife (2011a, 2011b, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b)

Quadro 24 – Matriz de Avaliação do Conteúdo da Rede Cegonha – Participação do município nas etapas de operacionalização da Política em âmbito regional – Recife – 2011-2015

. Continua

FASES	AÇÕES PREVISTAS	RESULTADOS ALCANÇADOS
Adesão e diagnóstico	Apresentação da Rede Cegonha no Estado, DF e Municípios; Apresentação e análise da matriz na CIB e CGR; Homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha.	Recife fez adesão a Rede Cegonha da I Região de Saúde de PE. Na I Região, todas as atividades previstas na fase de adesão e diagnóstico foram cumpridas: apresentada a matriz diagnóstica na CIB e CIR; Instituídos os Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha e Grupo Condutor Regionais da Rede Cegonha com participação da SES/PE/ COSEMS e apoio institucional do MS.
Desenho Regional da Rede Cegonha;	Realização pelo CGR de análise da situação de saúde da mulher e da criança; Pactuação do Desenho da Rede Cegonha no CGR Elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR. Elaboração dos Planos de Ação Municipais Estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha	Todas as atividades previstas na fase de Desenho Regional da Rede Cegonha foram cumpridas na I Região de Saúde de PE: Realizada, com apoio da SES/PE, análise da situação de saúde da mulher, dimensionamento da demanda e da oferta de serviços e do apoio diagnóstico da região. Elaborado o Plano de Ação Regional da I Região de Saúde de Pernambuco. Elaborado o Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha do Recife. Apresentação e Homologação dos planos de ação na CIR e CIB. Implantado o Fórum Rede Cegonha (Perinatal) em Pernambuco. Implantação do Fórum Rede Cegonha (Perinatal) no Recife

Quadro 24 – Matriz de Avaliação do Conteúdo da Rede Cegonha – Participação do município nas etapas de operacionalização da Política em âmbito regional – Recife – 2011-2015 Conclusão

PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NAS ETAPAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA EM AMBITO REGIONAL		
FASES	AÇÕES PREVISTAS	RESULTADOS ALCANÇADOS
Contratualização dos Pontos de Atenção	Elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município; Contratualização pela União, pelo Estado, pelo DF ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha; Instituição do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha	Elaborado o desenho da Rede Cegonha no Recife. Definidos os pontos de atenção da Rede Cegonha e os recursos destinados (pelo MS) para a construção de três CPN, uma CGBP e reforma das três maternidades municipais. Contratualizados (pela SS do Recife) serviços diagnósticos na rede complementar ao SUS. Não foi formado Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha no Recife. Após a elaboração do Desenho da Rede Cegonha no Recife, não houve monitoramento do Plano de Ação aprovado. Identificou-se solução de continuidade na mudança da gestão municipal em 2013, com perda de informações. Não foram executados os recursos financeiros vindos do MS para a construção de três CPN, uma CGBP e reforma das três maternidades municipais. O processo encontrava-se em fase de exigências documentais desde 2011. O Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde foi cumprido apenas em parte, implicando na permanência de alto percentual de parturientes de outros município atendidas no Recife.
Qualificação dos componentes e	Cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º da Portaria 1.459/2011 do MS.	Cumprimento de parte das metas relacionadas às ações de saúde definidas para cada componente da Rede Cegonha no município. Houve auditoria do MS/ SES/PE para averiguação dos resultados da Rede Cegonha no Recife. Apenas parte dos resultados foi alcançado.
Certificação	Concessão de certificação pelo MS.	Não identificadas atividades referentes ao processo de certificação da Rede Cegonha no Recife. Só será concedida certificação pelo MS após a realização das ações de atenção à saúde previstas na fase de qualificação dos componentes.

Fonte: elaboração da autora a partir de dados de Recife (2011a, 2011b, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b).

Quadro 25 - Matriz de avaliação da influência do contexto no desenvolvimento da Rede Cegonha – Recife -2011-2015

CONTEXTO	
FATORES FAVORÁVEIS	FATORES DESFAVORÁVEIS
<p>Formação de janela de oportunidade para a inclusão da Rede Cegonha na agenda governamental a partir do pleito eleitoral para presidência da república, em 2010;</p> <p>Indução da Rede Cegonha pelo Governo Federal com provisão de recursos financeiros para obras e custeio de serviços, a partir de 2011;</p> <p>Coalizão partidária entre os chefes do poder executivo federal, estadual e municipal, até 2012;</p> <p>O interesse do chefe do poder executivo estadual e Secretário Estadual de Saúde na organização e estruturação das redes regionais de atenção materna e infantil em Pernambuco;</p> <p>Contexto institucional da Secretaria de Saúde do Recife no período de desenvolvimento do modelo de atenção Recife em Defesa da Vida, até 2012.</p>	<p>Subfinanciamento do SUS;</p> <p>Política macroeconômica favorecedora do capital financeiro;</p> <p>Modelo de financiamento do SUS com diminuição da participação do Governo Federal e aumento da participação dos municipais no financiamento do SUS;</p> <p>Agravamento da crise política e econômica no país a partir de 2013;</p> <p>Rompimento da coalizão partidária entre PT e PSB, com mudanças dos rumos da Rede Cegonha em Pernambuco e no Recife, a partir de 2013;</p> <p>Dificuldades na execução dos recursos financeiros da Rede Cegonha por meio de convênios com o MS</p> <p>Dificuldade na governança das redes regionais diante da fragilidade das instâncias formais de pactuação do SUS (CIB) na condução dos rumos da Política;</p> <p>Fragilidade dos mecanismos de compartilhamento de responsabilidades assistenciais e financeiras que possam se adequar à lógica das redes regionais de atenção materna e infantil.</p>

Fonte: elaboração da autora

Quadro 26 - Matriz de avaliação da influência dos atores no desenvolvimento da Rede Cegonha – Recife -2011-2015

Continua

ATORES		CARACTERÍSTICAS DOS ATORES				
		Envolvimento	Forma de participação	Interesse	Influência/ Poder	Posição
SS do Recife	PREFEITO (2011 a 2012)	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Apoio político ao Plano de Ação da RC - Recife/ I Região.
	PREFEITO (2013 a 2015)	Elevado	Direta	Elevado	Elevado	Apoio político ao redirecionamento do Plano de Ação da RC - Recife/I Região.
	Secretário de Saúde (2011 a 2012)	Elevado	Direta	Significativo	Elevado	Apoio político e técnico ao Plano de Ação da RC - Recife/ I Região.
	Secretário de Saúde (2013 a 2015)	Elevado	Direta	Significativo	Elevado	Apoio político e técnico ao redirecionamento do Plano de Ação da RC - Recife/I Região.
	Secretário Executivo de Atenção à Saúde	Elevado	Direta	Significativo	Limitado	Apoio técnico
	Gerente Geral de Planejamento e Orçamento	Significativo	Direta	Significativo	Limitado	Apoio técnico
	Gerente Geral de Atenção à Saúde	Elevado	Direta	Significativo	Limitado	Apoio técnico
	Coordenadora da Política Integral de Atenção à Saúde da Mulher	Elevado	Direta	Elevado	Limitado	Apoio técnico

Quadro 26 - Matriz de avaliação da influência dos atores no desenvolvimento da Rede Cegonha – Recife -2011-2015..... - Conclusão

ATORES		CARACTERÍSTICAS DOS ATORES				
		Envolvimento	Forma de participação	Interesse	Influência/ Poder	Posição
SS do Recife	Gerentes das Unidades de Saúde	Elevado	Direta	Significativo	Limitado	Apoio técnico
	Equipes técnicas das Unidades de Saúde	Elevado	Direta	Regular	Limitado	Apoio técnico
SES/PE	Governador (2011-2014)	Limitado	Direta e pontual	Significativo	Elevado	2011 – Apoio político ao Plano de Ação da RC - Recife/ I Região) 2012 a 2014 – Apoio político ao redirecionamento do Plano de Ação da RC - Recife/ I Região.
	Governador (2015)	Limitado	Direta e pontual	Significativo	Elevado	Apoio político ao redirecionamento do Plano de Ação da RC - Recife/ I Região.
	Secretário Estadual de Saúde	Significativo	Direta e pontual	Significativo	Elevado	2011 – Apoio político e técnico ao Plano de Ação da RC - Recife/ I Região. 2012 a 2014 – Apoio político e técnico (ao redirecionamento do Plano de Ação da RC - Recife/ I Região).
	Gerência de Atenção à Saúde da Mulher (SES/PE)	Elevado	Direta	Elevado	Limitado	Apoio técnico
	Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha	Elevado	Direta	Elevado	Limitado	Apoio técnico
	Equipes técnicas das unidades de Saúde	Elevado	Direta	Significativo	Limitado	Apoio técnico
MS	Ministério da Saúde	Elevado	Direta	Significativo	Limitado	Apoio técnico e financeiro
	Apoiadora Institucional da Rede Cegonha em PE	Elevado	Direta	Elevado	Limitado	Apoio técnico
Externos	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de PE	Significativo	Direta pontual	Elevado	Limitado	Apoio técnico e controle social
	CREMEPE	Limitado	Indireta	Limitado	Limitado	Indiferente
	COREM	Limitado	Indireta	Limitado	Limitado	Indiferente
	Partido dos Trabalhadores – PT	Não houve	Indireta	Limitado	Limitado	Apoio político (apoio ao Plano de Ação da RC - Recife/ I Região)
	Partido Socialista Brasileiro – PSB	Não houve	Indireta	Limitado	Significativo	Apoio político ao redirecionamento do Plano de Ação da RC - Recife/ I Região.

Fonte: elaboração da autora

8.3.4 O tipo da política

A Rede Cegonha se constitui em uma política redistributiva, na medida em que o Governo Federal teve atuação central enquanto agente formulador e indutor, com provisão de recursos financeiros para investir em infraestrutura e custeio de um grande número de serviços, com aporte de insumos e apoio técnico-institucional. Nesse sentido, a Política se filia ao que Souza (2002) define como política social universal, isto é, que atinge maior número de pessoas. Para Araújo Júnior (2000) esse tipo de política é comumente permeado por conflitos entre os grupos que consideram estar perdendo ou sendo beneficiados por recursos, diante do redirecionamento orçamentário.

O caráter redistributivo da Rede Cegonha deve-se também ao direcionamento da Política para que a organização do acesso e a estruturação dos serviços sejam pautadas em diagnóstico acerca da capacidade instalada de cada município e da situação de saúde materna e infantil. Propõe uma organização de rede que possa suprir os vazios assistenciais, alocando e estruturando serviços baseados nos critérios da economia de escala. Além disso, ainda que tenha como propósito uma maior equidade na distribuição de serviços, a implementação da Política opera-se em meio a um complexo cenário de apoio e disputas, sobretudo no que tange ao compartilhamento de responsabilidades assistenciais e financeiras.

No Recife, do ponto de vista dos recursos financeiros, as maiores tensões consistem no fato de que o município assume um alto percentual de atendimentos ao parto de risco habitual advindos de municípios circunvizinhos, que têm a responsabilidade sanitária de atender as suas munições.

Ainda que as decisões da Política passem por arenas distintas, vêm sendo fortemente conduzidas pelo núcleo decisor do poder executivo. Nesse sentido, ao se deslocar as decisões dos espaços de articulação e pactuação formais do SUS, ampliam-se as dificuldades de alocar recursos com racionalidade, isto é, considerando as necessidades de cada município sem perder de vista os requisitos da economia de escala.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES

Com esta tese buscou-se entender como se desenvolveu e quais fatores e atores influenciaram o ciclo da política Rede Cegonha no Recife. Para isso, identificamos fatos importantes para compreender os processos de inclusão da Política na agenda pública nacional e local; pontos de interesses, convergências e divergências nos processos de formulação e tomada de decisão; como vêm sendo implantadas as ações para humanizar o modelo de atenção e organizar e ampliar o acesso à assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento; a influência do contexto e dos atores envolvidos nessa implementação.

Sem adentrar em pormenores acerca dos resultados alcançados, os quais já foram tratados no capítulo anterior, podemos afirmar que a maior parte dos objetivos e metas da Rede Cegonha no Recife não foi atingido. Ficou clara a distância entre metas e resultados, o que é recorrente na concretude da implementação de políticas públicas. Principalmente porque a Rede Cegonha é uma política social, de caráter redistributivo, voltada ao benefício de grande parcela da população. Esse tipo de política implica na alocação de recursos financeiros de grande vulto e na redistribuição de orçamentos e, por conseguinte, enseja conflitos de interesses.

Em linhas muito breves, do ponto de vista da oferta dos serviços, os resultados mais satisfatórios da Rede Cegonha no Recife foram o reforço das equipes técnicas para a assistência ao pré-natal de alto risco nas maternidades municipais e a ampliação de leitos, com a construção do Hospital da Mulher do Recife – Dra. Mercês Pontes Cunha. No entanto, até o final da coleta desta pesquisa, os leitos do hospital não haviam sido inaugurados. As obras previstas para o Recife, priorizadas no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco, isto é, a construção de 03 CPN e 01 CGBP, nas maternidades existentes não foram sequer iniciadas.

O redirecionamento proposto pela gestão municipal – construção de um serviço de referência para o parto de alto risco – não se fundamentou no diagnóstico realizado e plano de ação aprovado na CIB. Recife apresenta um déficit de 47 leitos para o parto de risco habitual de suas munições; atende a um alto percentual de parturientes vindas de outros municípios (cerca de 33% dos partos realizados nas maternidades municipais destinadas ao parto de risco habitual); concentra em seu território 68% dos leitos destinados para parto de alto risco do estado (localizados em hospitais estaduais, federal, filantrópico). Além disso, em parte, o problema do acesso também se deve ao fechamento de plantões por falta de médicos (as).

Por outro lado, ainda que o HMR tenha como proposta implantar principalmente leitos para partos de alto risco (20 leitos de alto risco, 12 leitos canguru, 03 leitos de risco habitual), quando essa não seria a prioridade para o município, vale registrar que ampliou vários serviços ambulatoriais e hospitalares, no campo da ginecologia, necessários à melhoria da saúde integral da mulher. Incluiu inclusive a assistência multiprofissional às vítimas de violência e à mulher LGBTT, sendo essas reivindicações históricas do movimento de mulheres em âmbito local e nacional.

Do ponto de vista da organização dos serviços para assistência ao parto na rede regional, Recife não seria o município estratégico para construção de um serviço de assistência ao parto de alto risco. Tal observação ganha força, sobretudo quando se constata que há escassez e, até mesmo, inexistência desse tipo de atendimento em outras regiões de Pernambuco.

A transferência do processo decisório da instância de pactuação formal do SUS – a CIB – para os chefes do poder executivo implicou na não priorização da construção dos CPN no Recife, os quais seriam uma alternativa para suprir o déficit de 47 leitos de risco habitual. O componente político foi então preponderante no processo decisório no município. Isso nos leva a concluir que as prioridades apresentadas nos processos eleitorais ganham espaço privilegiado na agenda pública a despeito de análises técnicas bem fundamentadas. Tal condição também implicou na fragilização da capacidade de coordenação dos Grupos Condutores Regional e Estadual da Rede Cegonha, ainda que tenham desempenhado papel central nas fases iniciais de construção de diagnóstico e desenho das redes regionais.

Outro problema relevante foi o atraso nos repasses de recursos financeiros advindos do governo federal para a conclusão de construções e reformas de maternidades em alguns municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, implicando na manutenção do alto percentual (43%) de atendimentos de parturientes vindas de outros municípios nas maternidades do Recife. A taxa de ocupação hospitalar manteve-se, em média, acima de 150% nas maternidades localizadas no município. Há relatos de valores em torno de 450% em um dos hospitais estaduais localizados no Recife.

Do ponto de vista da melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal, o resultado mais satisfatório foi a implantação de atividades de acolhimento com classificação de risco nas USF. No entanto, foram mantidas as dificuldades no acesso e recebimento dos exames pré-natais. Na qualificação da assistência ao parto e nascimento, um dado bastante positivo foi o aumento da taxa de partos normais para 77.9%, nas maternidades municipais, com forte influência das atividades desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) obstetras. Também foi

observada a realização de acolhimento com classificação de risco em todas as maternidades. Todavia, não foi garantido o acompanhante do sexo masculino; permaneceram atos de violência obstétrica, sobretudo, nos casos de aborto. Além disso, observou-se a ineficiência dos processos regulatórios com significativo percentual de gestantes parindo fora do seu domicílio, sejam as residentes no Recife ou em outros municípios da região metropolitana.

A mudança nos indicadores de saúde e taxa de cobertura dos serviços foi pouco significativa: a redução da taxa de mortalidade infantil passou de 12,8 para 11,6/1000 NV; a proporção de gestantes com 07 ou mais consultas de pré-natal passou de 54,84% para 56,67%.

Vale ainda destacar que, ainda que a triangulação de dados tenha contribuído para enriquecer a capacidade analítica da pesquisadora, permaneceram algumas limitações em relação ao levantamento de evidências. O subregistro de dados no Sis prenatal web e SIA/SUS dificultaram a análise da qualidade da assistência ao pré-natal, devido à impossibilidade de conhecer os percentuais de captação precoce e de gestantes que realizaram todos os exames preconizados. Além disso, os documentos oficiais da SS do Recife não apresentam um detalhamento das ações desenvolvidas que possa contribuir com uma análise mais aprofundada das questões indagadas.

Na análise da atenção ao parto e nascimento, a maior dificuldade foi dimensionar a real capacidade instalada dos serviços no Recife e demais municípios da I Região de Saúde de Pernambuco devido aos problemas do registro das informações no CNES. Os dados apresentados não refletem o déficit real de leitos, tendo em vista que o sistema não capta a dinâmica na oferta de leitos decorrente dos fechamentos de plantões por falta de profissionais. Outra questão é que, embora as evidências levantadas, a partir de relatório de visitas e entrevistas, demonstrem diversos problemas na ambiência das maternidades, não foram identificados documentos que analisassem os problemas a partir da legislação vigente adotada pela ANVISA. Diante da diversidade de aspectos analisados neste estudo, não foi possível aprofundar a análise desse problema por meio da agregação de outras fontes de evidências, o que aponta para a necessidade de novas pesquisas.

Para compreender as dificuldades para organizar e estruturar os serviços sob a lógica das redes regionais foi preponderante analisar a influência dos fatores contextuais e dos atores em todo o processo. O Método Abrangente de Análise de Políticas permitiu agregar e interconectar tais aspectos favorecendo uma compreensão mais clara acerca do porque dos resultados alcançados pela Política.

Na análise do macrocontexto de formulação e implementação da Rede Cegonha, é importante demarcar que, com a continuidade da política macroeconômica

neodesenvolvimentista adotada no governo Lula e continuada no primeiro mandato do governo Dilma Rousseff, houve melhoria dos indicadores econômicos e sociais no país. Todavia, ao adentrar na análise do microcontexto, observou-se que o patamar de crescimento percentual do PIB, no período, não teve correspondência na ampliação dos percentuais de gastos federais com saúde. O tão denunciado subfinanciamento do SUS decorre dos efeitos do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital portador de juros. Ainda que os indicadores econômicos e sociais apresentados nos governos Lula e Dilma demonstrem a redução da pobreza extrema no país, a presença do Estado na economia, no período, não foi definidora de um novo padrão de utilização do fundo público capaz de impactar de forma estruturante as políticas sociais, nas quais se incluem o SUS.

Ademais, a crise política e econômica que se agravou no país a partir de 2013 minou todo o processo de negociação em torno da ampliação de recursos federais para o SUS. Em 2015, algumas emendas constitucionais e projetos de leis findaram, após intensas reivindicações, com aprovações ou engavetamentos no Congresso Nacional que implicaram, de fato, em prejuízos para o financiamento do SUS. A EC 86/2015 alterou o modelo de financiamento. Tornou as emendas parlamentares impositivas, incluindo-as no cômputo das despesas em saúde. Tais recursos passaram a ser incorporados ao teto de aplicação financeira em saúde, o que implicou em redução de recursos para o SUS. Ainda em 2015, houve a tentativa de aprovação da PEC 01/2015 que propôs valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde (15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% da Receita Corrente Líquida, de forma escalonada, em cinco exercícios financeiros). Se aprovado, o projeto minimizaria o subfinanciamento do SUS. No entanto, no contexto da crise política e econômica no país, em 2015, o projeto não foi aprovado. Além disso, a PLP 321/2013 (Saúde +10) que reivindicou a utilização de 10% dos recursos federais em saúde, com base na Receita Corrente Bruta, também não seguiu adiante. Mesmo diante do agonizante subfinanciamento do SUS, todas as tentativas de ampliação de recursos foram barradas no Congresso Federal e Senado.

Ainda assim, foram ampliados os recursos federais para obras e custeio de serviços voltados para a assistência ao parto e nascimento. Todavia, no Recife, os trâmites burocráticos necessários à execução dos recursos financeiros da Rede Cegonha, captados junto ao MS, não foram cumpridos. Isso implicou no atraso do início das obras previstas para o Recife, contidas no Plano de Ação da Rede Cegonha da I Região de Saúde de Pernambuco.

Outros fatores contribuíram igualmente para a fragilização dos mecanismos de governança da Rede Cegonha. Tratam-se das dificuldades decorrentes do modelo de

financiamento do SUS e da fragilidade dos mecanismos de compartilhamento de responsabilidades assistenciais e financeiras. O modelo de financiamento não rompeu com a lógica que privilegia a relação MS e município, desconsiderando o papel dos estados nesse processo e fragilizando a regionalização. Além do mais, há uma precária capacidade das comissões intergestores para fazer cumprir decisões coletivas e aplicar penalidades aos municípios de referência, no caso da violação dos pactos.

Do ponto de vista das relações políticas, a coalizão partidária entre os governos federal (Dilma Rousseff – PT), estadual (Eduardo Campos – PSB) e municipal (João da Costa- PT) foi um fator favorável à implantação da política em Pernambuco e no Recife, até 2012. A partir do rompimento da coalizão partidária e da mudança na gestão municipal, em 2013, houve redirecionamento das prioridades, implicando em mudanças nos rumos da Política no Recife.

Pode-se afirmar que a participação dos atores na formulação da Política foi restrita: envolveu gestores das secretarias municipais e estadual de saúde e COSEMS/PE. No Recife, a tomada de decisão foi circunscrita ao núcleo decisor da SS e ao chefe do poder executivo. Identificou-se uma débil participação do Conselho Municipal de Saúde e de representantes do movimento de mulheres e de outros movimentos sociais nas fases de formulação e tomada de decisão da Política. Na implementação das ações, vale destacar a importância dos gestores e equipes técnicas das unidades de saúde no desempenho cotidiano das ações planejadas. Pode-se inferir que, nas instituições públicas, a implementação das políticas é fortemente determinada pela influência dos funcionários públicos, que contribuem ou dificultam a operacionalização das propostas, de acordo com seus interesses, percepções e poderes constituídos.

Quanto aos atores externos, o grupo de maior expressão foi o de representantes do movimento de mulheres, cuja atuação vem sendo realizada, sobretudo, por meio dos mecanismos de controle social. Ao alcançar uma relativa articulação com a mídia e com outros espaços de interlocução da sociedade, as representantes do movimentos de mulheres exerceram pressão constante para que as decisões tomadas de forma coletiva e as reivindicações do movimento pudessem ser atendidas pelos tomadores de decisão.

A partir dos principais achados, pode-se afirmar que é necessário adequar os critérios de repasses de recursos aos Planos de Ação Regionais e Municipais da Rede Cegonha; fortalecer os mecanismos de gestão compartilhada, imbuindo os espaços formais de articulação e pactuação do SUS – CIB e CGR – de maior poder jurídico; fortalecer o monitoramento do cumprimento de pactos intergestores; legitimar a participação dos movimentos sociais, em

especial o movimento de mulheres nos Grupos Condutores Estadual, Regionais e Municipais da Rede Cegonha.

Podemos considerar que a análise das quatro categorias previstas pelo Método Abrangente de Análise de Políticas - contexto, conteúdo, processo, atores – permitiu uma análise complexa do objeto de estudo. Ao agregar e interconectar um amplo espectro de fatores de ordem econômica, política social, cultural e institucional, o Método propõe uma análise que vai além dos aspectos centrados nas ações e resultados. Daí consiste a sua potencialidade: o fato de que a compreensão do objeto de estudo não se processa pelo aprofundamento de um determinado aspecto abordado, mas por agregar e interconectar a análise de aspectos diversos.

Todavia, a amplitude da análise impõe várias dificuldades que decorrem da necessidade de compreender todo o ciclo de uma política pública e interconectar os fatores e atores que influenciam no seu desenvolvimento. Nesse percurso, é necessário ter clareza que as categorias de análise – contexto, conteúdo, processo, atores – são intrinsecamente relacionadas, influenciando e sendo mutuamente influenciadas. Outrossim, as etapas do ciclo de uma política pública não são rigidamente delimitadas, desenvolvem-se em momentos em que são predominantes, podendo se desenvolver de forma simultânea.

O desafio imposto para aprofundar cada uma das categorias do estudo e fazer interconexões entre elas nos levou a refletir sobre as estratégias adotadas no momento da análise. Tornou-se evidente que a realização da análise da influência do contexto e dos atores é factível e pertinente à medida que se analisa cada uma das etapas do processo ou ciclo da política. Contexto e atores estão necessariamente implicados na análise da inclusão da política na agenda pública, formulação, tomada de decisão e implementação. Outra reflexão diz respeito ao fato de que, na maioria das circunstâncias, não é possível conceber os atores como os elementos centrais no desenvolvimento de uma política pública, de forma desarticulada ao componente político. Por vezes os atores são grupos políticos ou grupos de interesses que, uma vez organizados, angariam poder e podem influenciar a tomada de decisão de uma política pública. A tomada de decisão é um ato eminentemente político, à medida que elege um determinado rumo para a ação.

Outra estratégia adotada foi apresentar os resultados alcançados pela política na última etapa da análise do processo, na avaliação. Ainda que também seja pertinente tratar dos resultados durante a análise do conteúdo da política, consideramos que sintetizá-los na fase de avaliação torna a apresentação dos resultados mais didática.

A principal dificuldade na utilização do Modelo Abrangente de Análise de Políticas foi aprofundar, minimamente, cada um dos aspectos analisados. Compreendemos que essa é a principal limitação do modelo e que precisa ser considerada por pesquisadores no momento de analisar a adequação entre método e objeto a ser investigado.

Consideramos que, para estudar as redes regionais de atenção à saúde, o método é adequado. Conforme ocorre com a Rede Cegonha, o processo de organização das redes de atenção à saúde é complexo. Depende de questões vinculadas ao montante de recursos e modelo de financiamento do SUS; dos critérios adotados para a alocação de recursos financeiros para implantar, estruturar e custear serviços; dos mecanismos de governança das redes de atenção à saúde; dos pactos políticos e compartilhamento de responsabilidades assistenciais e financeiras entre gestores; do modelo de atenção e gestão adotados e dos interesses e poderes exercidos pelos diferentes atores envolvidos. Por isso, o estudo das redes de atenção à saúde a partir das categorias propostas na análise abrangente é um caminho factível e promissor.

No entanto, aprofundar amplos aspectos de uma dada realidade social é um desafio de grande vulto. Por isso, as questões problematizadas neste estudo ensejam novas pesquisas que possam esmiuçar acerca de vários aspectos implicados na formulação e implementação da Rede Cegonha. Daí surgem perguntas tais como: Como mudar a lógica do financiamento do SUS adequando a destinação dos recursos aos Planos de Ação Regionais e Municipais da Rede Cegonha? Como fortalecer os mecanismos jurídicos e institucionais de pactuação e compartilhamento de responsabilidades assistenciais e financeiras? Como monitorar o cumprimento desses pactos? Como fortalecer os espaços formais de articulação e pactuação do SUS – CIT, CIB e CGR - na tomada de decisão quanto aos rumos da Rede Cegonha? Quais atores devem compor os Grupos Condutores Estaduais, Regionais e Municipais da Rede Cegonha? Quais atores devem participar dos espaços de formulação da Rede Cegonha em âmbito regional e municipal?

Outros componentes da Rede Cegonha não tratados neste estudo, por necessidade de delimitação do tema, e que demandam novas pesquisas são os vastos campos de análise da atenção ao puerpério e à saúde da criança e a estruturação e organização do sistema logístico, incluindo o transporte sanitário e os processos regulatórios.

Por fim, a Rede Cegonha é uma política pública comprometida com o modelo humanístico de assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento que visa organizar os serviços maternos e infantis em redes regionais de atenção. Desenvolve-se em meio aos conflitos de interesses econômicos e disputa pela supremacia de poderes e conhecimentos estruturados.

Mesmo assim, identificaram-se avanços em âmbito local, como a redução dos altos índices de partos cesarianos, favorecida pela conformação de equipes horizontais de cuidado. Conforme ocorre com as demais ações e serviços públicos de saúde, vale reafirmar que a sua consolidação dependerá da capacidade dos trabalhadores e gestores do SUS e da sociedade organizada de tomarem o embate cotidiano em defesa do SUS para si. Trata-se de uma disputa ideológica e política para impor aos governos que aportem recursos financeiros e que desenvolvam mecanismos jurídicos que assegurem o SUS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz; FRANCO DE SÁ, Ronice. Maria Pereira; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz Amaral Correia de. Perspectivas e desafios da "nova" Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p 1965-1706, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000601695&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2017.
- ALMEIDA, Tânia Mara Campos de; BANDEIRA, Lourdes Maria. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. **Cadernos Pagu** [online], Campinas, n. 41, p. 371-403, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n41/18.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- ALMEIDA, Wanessa da Silva de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68-76, out./dez. 2012
- ALVES, Maria Tereza Seabra Soares de Brito et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.14, p. 229-239, jul./set. 2014.
- ANDER-EGG, Ezequiel; AGUILAR, Maria José. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.16, n 1, p. 29-37, jan./mar. 2016.
- ANDRADE. Odorico M. Desafios da gestão municipal do SUS: veja uma parte do que vão enfrentar os 5.570 novos gestores para garantir o direito à saúde. **Revista Poli Saúde Educação Trabalho**, Rio de Janeiro, ano 4, n.26, p.4-10, jan./fev. 2013.
- AQUINO, Estela M.L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Caderno de Saude Pública**, Rio de Janeiro, v.30. n 26, Supl. S8-S10, p. 4-10, 2014.
- AQUINO, Rosana; OLIVEIRA, Nelson F. de.; BARRETO, Mauricio L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American journal of public health**, Washington, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz Corrêa and MACIEL FILHO, Romulo. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.1, n.3, p. 203-221, set./dez. 2001.
- ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz Corrêa. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998: An health policy analysis of a developing health system**. 2000. Tese (Doutorado) - University of Leeds, Leeds, 2000.

ARILHA, Margareth Martha. Aborto: avanços na América Latina e retrocessos no Brasil? **Le**

Monde Diplomatique Brasil, São Paulo, 6 fev. 2012. Disponível em:

<<http://diplomatique.org.br/aborto-avancos-na-america-latina-e-retrocessos-no-brasil/>>.

Acesso em: 30 out. 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.17, n 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012001100002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 6 nov. 2015.

ASSUNÇÃO, Marina Figueiredo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 5-35, 2014.

BALESTRIN, Alsones. Uma análise da contribuição de Herbert Simon para as teorias organizacionais. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 8, n. 4, p. 1-17. 2002. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/44111>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTOS, Rubem Araújo. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, Rubem Araújo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Rede Unida, 2011.p. 138-172. Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, Rubem Araújo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Rede Unida, 2011. p. 138-172. Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BARBOSA, Nelson; SOUZA, José Antônio Pereira de. A inflexão do governo Lula: política econômica, crescimento e distribuição de renda. In: SADER, Emir; GARCIA, M. A. (Org.). **Brasil: entre o passado e o futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: Boitempo, 2010. p. 1-42. Disponível em: <<https://nodoctruments.files.wordpress.com/2010/03/barbosa-nelson-souza-jose-antonio-pereira-de-a-inflexao-do-governo-lula-politica-economica-crescimento-e-distribuicao-de-renda.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2015.

BARDIM, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUMGARTNER Frank R; JONES, B.D. **Agendas and Instability, in Americam Politics**. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERER, Marge. Repolitizando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 6, p. 9-16, jul. 2013

BIRMAN, Joel. Apresentação: Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. **Physis:**

Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p.7-22, 1991.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola, PASQUINO, Gianfranco Política. In BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola, PASQUINO, Gianfranco (Orgs.). **Dicionário de Política**. 11. ed. Brasília, DF, : UnB, 1998, p. 954-966.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2016b. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em:30 jan. 2017.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **SISPACTO**, 2016c. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/login.jsf;jsessionid=XSz4RKZ29w-IhsTKbHkLoxSS>> Acesso em: 30 jan. 2017.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: < www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 jan. 2017.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 30 jan. 2017.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acessado em: 22 jan. 2017.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações Orçamentárias do SUS**. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acessado em: 30 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.(Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**.1. ed. Brasília, DF, 2012e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor do Decreto 7508/11.**Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde**. Brasília, DF, 2011e

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília, DF, 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno, n .4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela Redução da mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009-2010**. Brasília,

2010 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Nota Técnica Conjunta/2012 Processo de Adesão a Rede Cegonha**. Brasília, 2012f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Proteção às Mulheres: novas conquistas e melhores serviços para garantir a mulheres e homens, adultos e adolescentes, seus direitos sexuais e direitos reprodutivos: balanço 2003 – 2010**. 2. ed. Brasília, DF, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 18/03/04**. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Qualificação da atenção em maternidades e rede perinatal no Nordeste e Amazônia Legal**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS: Redes de Produção de Saúde**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Brasil-saúde**. Brasil garante pré-natal a mais gestantes. Brasília, DF, 10 out. de 2011d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/brasil-garante-pre-natal-a-mais-gestantes>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.236, de 1º de outubro de 2012. Acresce e altera dispositivos das Portarias nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011; nº 2.395/GM/MS, de 13 de outubro de 2011; e nº 835/GM/MS, de 25 de abril de 2012. **Diário Oficial [da República**

Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 191, 2 out 2012a. Seção 1, p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351 de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 193, 6 out. 2011f. Seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Poder Executivo, Brasília, DF, n. 39, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 251, 31 dez. 2010b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 110-E, jun. 2000a. Seção 1, p. 4-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, n.193, 6 out. 2011g. Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma operacional da assistência à saúde / SUS /NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 20-E, 29 jan. 2001. Seção 2, p. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco:** normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica:** cartografias da gestão de políticas públicas. Brasília, 2016c. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149420/001003312.pdf?sequence=1#page=68>>. Acesso em: 30 out. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade de governo. Brasília, Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno, n. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004a. (Série B- Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n.121, 27 jun 2011c. Seção 1, p. 119.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-lei da Presidência da República nº 2.024 de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 1940. Seção 1, p. 3125.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-lei da Presidência da República nº 69.514, de 9 de Novembro de 1971. Dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno infantil e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 nov. 1971. Seção 1, p. 9105.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.178, p.4, 14 set. 2000b.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 16 jan. 2012e. Seção 1, p. 1-4.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n 67, 8 de abr. 2005b. Seção 1, p.1.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da**

República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde: IPEA, 2014.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria**: Auditoria Operacional – Governança da pactuação do SUS. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A250D20C48015116B40DA40219&inline=1>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paideia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CANESQUI, Ana Maria. **Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana**: São Paulo: NEPO, Universidade Estadual de Campinas, 1987. (Textos Nepo, n. 13).

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 87-124.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p.49-59, 2013.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, Gilson.; MEDEIROS, Joellyngton. Redes Assistenciais no SUS- Financiamento e Alocações. In: SILVA, Silvio Fernandes (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização do SUS**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2013.

CASSIOLATO, Martha; GUERESI, Simone. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília, DF: IPEA, 2010. (Nota Técnica, n.6).

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.23, p.1297-1316, 2013.

CECATTI, José Guilherme et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.3, n. 32, p.105-111, 2010

CESAR, Juraci Almeida et al., Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n.3, p. 257-263, jul./set. 2011.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências Humanas e Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, 2014.

CISAM reabre para o público com atendimento ampliado. Recife, 2013. Disponível em: <http://www.upe.br/portal_antigo/noticias/cisam-reabre-para-o-publico-com-atendimento-ampliado/> Acesso em: 20 jan. 2015.

CLINE, Kurt D. Defining the implementation problem: Organizational management versus cooperation. **Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART**, Washington, n.3, v.10, p. 551-571, 2000.

COELHO Bernadete Perez. **A reformulação da clínica a partir de diretrizes para a atenção e gestão na Saúde: subjetividade, política e invenção de práticas**. 2012. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

COMITÊ ESTADUAL DE ESTUDOS DE MORTALIDADE MATERNA (PE). **Relatório de visitas surpresa**. Recife, 2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1975. p. 198. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN n. 0477/2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. . Brasília, DF, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Crise na assistência: falta de financiamento impacta no número de leitos e prejudica trabalho médico**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23234:crise-na-assistencia-falta-de-financiamento-impacta-no-numero-de-leitos-e-prejudica-trabalho-medico&catid=3>. Acesso em: 19 mar. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Moção de repúdio nº 002 de 5 de maio de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi9tpHw34PWAhWHVyYKHQpiC_sQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fmocao%2F2016%2FMocao002.docx&usq=AFQjCNF9s3dXph739OtmOReZvmkf6Bsiwg>. Acesso em: 17 out. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (PE). **Nota do Colegiado de Secretários e Secretárias municipais de Saúde de Pernambuco – COSEMS PE: Nosso compromisso é com o SUS**. Cidade, 2016. Disponível em: <<http://cosems-pe.blogspot.com.br/2016/08/nota-do-colegiado-de-secretarios-e.html>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, São Luiz, v. 7, n. 13, p. 1-22, jan./jun. 2007.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação, política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007>. Acesso em: 30 jan. 2016.

CREMEPE expõe superlotação e falta de estrutura de grandes maternidades. **JC Online**, Recife, 15 jul. 2013. Disponível em <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2013/07/15/cremepe-expoe-superlotacao-e-falta-de-estrutura-de-grandes-maternidades-90083.php>> Acesso em: 15 jan. 2015.

D'ASCENZI Luciano; LIMA, Luciana Leite. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v.21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

DAGNINO, Renato.; GOMES, Erasmo J. O Processo Decisório na Universidade Pública Brasileira: uma visão de Análise de Política. **Avaliação: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior**, Campinas, v. 7, n.4, p. 43-72, 2003.

DAHL, R. A. **Poliarquia**: Participação e Oposição. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1997.

DECLERCQ, Eugene. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 539-540, 2014.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1042-1043, 2011.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Recife, v. 7, n. 6, p. 119-27, 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Recife, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.19, n 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, Carla Magda Allan S.; TEIXEIRA, Antônia Maria da Silva. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p. 101-S116, 2014.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DRAIBE, Sonia M. Estado de Bem Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E.

(Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2007. p.27-64.

DUARTE, Petra Oliveira. **Análise da política de atenção básica de saúde em âmbito municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011**. 2014. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMAN, Francisco G.; SALM, José F. (Org). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 3. ed. Brasília: Ed. Unb, 2014. p.109-139.

EASTON, David (Org.). **Modalidades de Análise Política**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; OLIVEIRA, Robson Rocha de. Regulação em Saúde. In: ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon, IBAÑES Nelson. SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo:Hucitec, 2011. p. 204-218.

ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ANPOCS, 2006.

ETZIONE, H. A. Mixed Scanning: uma terceira abordagem de tomada de decisão. In HEIDEMANN, F.G.; SALM, J.F. (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 3. ed. Brasília: UNB, 2014. p. 229-243.

FARAH, Maria Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 47-71, jan./abr. 2004.

FARAH, Maria Ferreira.Santos. Administração Pública e Políticas Públicas. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 813-36, maio/jun. 2011.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 553-563, 2006.

FEREJOHN, John; PASQUINO, Pasquale. A Teoria da Escolha Racional na Ciência Política: Conceitos de Racionalidade em Teoria Política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 16, n.45, p.6-24, 2001.

FONNA, Sharon; RAVINDRANB, TK Sundari. Contexto macroeconômico e saúde sexual e reprodutiva: uma análise de tendências nos últimos 30 anos. **Questões de Saúde Reprodutiva**; Recife, v. 7, n.6, p.17-31, jul. 2013

FREI, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática de análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21. p 211-259, 2000.

FREY, Klaus. Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, Florianópolis, n. 18, p. 1-36, set.1999.

FRUTUOSO, Jurandi. Sozinhos não somos efetivos. **Plataforma política social: Caminhos para o desenvolvimento**, [S. l], 4 jul. 2015. Disponível em:

<<http://plataformapoliticasocial.com.br/sozinhos-nao-somos-efetivos/>>. Acesso em: maio 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**: Relatório final. Rio de Janeiro, 2003.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 511-520, abr./jun. 2013.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. **Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). 2010. Tese (Doutorado)- Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

GRIMES, Dadid A. et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **The Lancet**, London , v. 368, n. 9550, p. 1908-1919, Oct. 2006.

GUIMARÃES, Cátia. Desafios da gestão municipal do SUS. Veja uma parte do que vão enfrentar os 5.570 novos gestores para garantir o direito à saúde. **Revista Poli: Saúde Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 26, p. 4-11, jan./fev. 2013. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R33.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary R.C., As três versões do Neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p.193-223, 2003.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. London: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. 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, n. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Orgs.). Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. In: **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. 3. ed. Brasília: Ed. UnB, 2009.

HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Org.) **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. 3. ed. Brasília: Ed. UNB. 2009.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

HOFFMANN, Rodolfo; LEONE, Eugênia Troncoso. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 14, n, 2, p. 35-58, maio/ago. 2004.

HOSPITAL Barão de Lucena inaugura reforma de maternidade e UTI. **Gestão em Saúde: diagnósticoweb**. Recife, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.diagnosticoweb.com.br/noticias/mercado-e-negocios/hospital-barao-de-lucena-inaugura-reforma-de-maternidade-e-uti.html>> Acessado em 20 de janeiro de 2015> .Acesso em: 15 jan. 2016.

HOSPITAL da Mulher do Recife Será inaugurado nesta segunda-feira. **Diário de Pernambuco**, Recife, 7 maio 2016. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2016/05/07/interna_vidaurbana,643246/hospital-da-mulher-do-recife-abre-as-portas-na-proxima-terca-feira.shtml> .Acesso em: 23 jul. 2016.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. Política. In: _____. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política pública: seus ciclos e subsistemas - uma abordagem integral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. **PIB pe capita - Brasil - 2010/2016**. Disponível em: Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/contas-nacionais/pib-per-capita.html>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

IBGE. **Pesquisa Mensal de Emprego**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/> Acesso em: 22 dez. 2016.

IPEA. **Nota técnica PNAD 2014: breves análises**. Brasília, 2015. Disponível em: < <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=38414>>. Acesso 15 nov. 2016.

IYDA, Massako. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. In: _____. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista, 1994.

KINGDON, Jonh. W. **Agendas, alternatives, and Public Policies**. 2nd ed. Longman: Pearson, 2011.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. **InterViews: learning the craft os qualitative research interviewing**. 2nd ed. California: Sage Publications, 2009.

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

LABRA, Maria Eliana. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.

LAMARE, Thereza de. **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: desafios e respostas políticas**. Brasília, 2015. Apresentação de Power Point. Disponível em: <www19.senado.gov.br/sdleg-getter/public/getDocument?docverid=e99bddf3>. Acesso em: 3 jul. 2016.

LASWELL, H. D. **Politics: who gets what , when , how** . Cleveland: Meridiam Books, 1958. Disponível em: <<http://www.policysciences.org/classics/politics.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

LAVRAS, Carmen C. de C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: ELIAS, P. E. M.; IBANES, Nelson; SEIXAS, Paulo. Henrique D'Angelo. D. (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.317-321.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/PesqCtroColab20062008_Cesarianas_desnecessarias.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.705-714, jul./set. 2009.

LEMES, Conceição. Teliá Negrão: Compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde com a Rede Feminista de Saúde não são cumpridos. **Viomundo: O que você não vê na mídia**. 31 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/telia-negrao-portaria-da-rede-cegonha-deixa-a-desejar.html>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

LINDBLON, Charles. E. **O processo de Decisão Política**. Brasília: Ed. UNB; 1981.

LINDBLON, Charles; E. Mudding Through 1: a ciência da decisão incremental. In: HEIDEMAN, F.G.; SALM, J.F. **Políticas Públicas e Desenvolvimento: a ciência da decisão incremental**. Brasília: Ed. UNB. p. 161-180.

LORENA SOBRINHO, J. Eudes.; MARTELLI, Petrônio J. L.; ARAÚJO JÚNIOR, José L. C. A. Financiamento em dez anos da política Brasil Sorridente: marcos legais e valores aplicados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 39, n.2, p. 339-355, 2015.

LOWI, M. **Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LOWI, Theodore J. "Four Systems of Policy, Politics, and Choice". **Public Administration Review**, v.32, n.4, p. 298-310, jul./aug. 1972.

LOWI, Theodore J. American business, public policy, case-studies, and political theory. **World politics**, New York. v. 16, n. 4, p. 677-715, 1964.

LOWI, Theodore. The state in politics: the relation between policy and administration. In: NOLL, Roger G. (Ed.). **Regulatory policy and the social sciences**. Berkeley: University of California Press, 1985. p. 67-95.

LYRA, Tereza Maciel. **A política de saúde ambiental do Recife em 2001 e 2002: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

LYRA, Tereza Maciel; ARAÚJO JÚNIOR José Luiz C.; KALLIECHARAN, R. V. The Influence of Political Context: The Development of Environmental Health Policy in Recife, Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-592, 2009.

LYRA, Tereza Maciel; ARAUJO JUNIOR, José Luiz C. Programa de saúde ambiental do Recife: Entre as ideias e a materialidade da prática. In. MARTELLI, Petrônio J. L.; MENEZES, Vilde (Org.) **Estudos sobre políticas públicas de saúde em Recife 2000-2012: reflexões, críticas e legados**. Recife: Ed.Universitária da UFPE, 2014.

LYRA, Tereza Maciel; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz. do A. C. de . Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.9, p. 3819-3828, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira. BAPTISTA, Tatiana Vargas F. NOGUEIRA, Carolina O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p. 521-532, mar. 2011.

MACHADO, José Angelo. Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro , n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MAGALHÃES Maria da Consolação; TEIXEIRA Maria Tereza B. Morbidade materna extremamente grave: uso do Sistema de Informação Hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 472-478, 2012.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

MAJONE, Giandomenico. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 5-36, Jan./mar.1999.

MANO, Patrícia S.; CESAR, Juraci A.; GONZÁLEZ-CHICA, Dativ A.; NEUMANN A. Nelson. Iniquidade na assistência à gestação e ao parto em município do semiárido brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v.11, n. 4, p.381-388, out. / dez., 2011.

MARCH, C. A contrarreforma do estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira. **Tempus: Atas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 175-189, 2011.

MARCONI, Maria Andrade.; LAKATOS, Eva Maria A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES, Eduardo C. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 67-102, 1997.

MARTINS, Paulo Henrique N. **La decolonialidad de América Latina y la heterotopia de una comunidad de destino solidaria**. Buenos Aires: Fundación Ciccus, 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R., MATTOS R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 41-66.

MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS, 2011.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. Rio de Janeiro: IPEA, 1993.

MENDES, Áquilas. N. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.12, p.1-3, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A modelagem das Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, n.18, supl. 4, p. 3-11, 2008.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. A Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

MESQUITA, Cecília Chagas de. **Saúde da mulher e redemocratização: idéias e atores políticos na história do PAISM**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORAIS L., SAAD-FILHO A. Da economia política à política econômica: o novo-desenvolvimentismo e o governo Lula. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 507-527, out./dez. 2011.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, , p. 651-657, jul./set. 2005.

NARCHI, Nádia Zanon. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 147-158, 2010.

NORONHA, José Carvalho; SANTOS, Isabela S.; PEREIRA, Telma R. Relações entre o

SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 152-179.

OLIVEIRA, Elizabeth E. I.; SANTIAGO, Silvia. M. A. Institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e nascimento**. Geneva, 1996. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas: Resumo Executivo**. Genebra, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS PARA LA EDUCACIÓN LA CIENCIA Y LA CULTURA. **Metodología de Análise de Políticas de Públicas**. Madri, 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/historico/salactsi/rdagnino1.htm>> .Acesso em: 13 ago. 2014.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PACHECO, Karol. “Eles nos tratam assim porque acham que nós provocamos o aborto”. **JC online**, Recife, 11 ago. 2014. Disponível em: <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2014/08/11/eles-nos-tratam-assim-porque-acham-que-nos-provocamos-o-aborto-139689.php>>. Acesso em: 16 out. 2016.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. (Serie no Brasil). Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2730>> Acessado em: 22 jul., 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.

PAIM, Jairnilson. Modelos de atenção à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al.(Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012.

PEREIRA, A.R. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.

PEREIRA, Rosemary Corrêa; SILVESTRE, Rosa Maria. **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da rede de centros colaboradores da ANS-2006/2008. Brasília, DF: OPAS, 2009. p. 383-415. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

PEREIRA, Trigo Paulo. A Teoria da Escolha Pública (Public Choice): uma abordagem neo-liberal? **Análise Social**, Lisboa, v. 32, n.14, p.419-442, 1997.

PERNAMBUCO é o primeiro estado a aderir à Rede Cegonha. Brasília, 6 maio 2011. Recife,

2011. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/peernambuco-e-o-primeiro-estado-a-aderir-a-rede-cegonha>> Acesso em: 13 jan. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Ação da Rede Materno Infantil da Região de Saúde de Pernambuco Rede Cegonha – I GERES 2012-2014**. Recife, 2012a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº108, de 5 de março de 2012. **Diário Oficial [do Estado de Pernambuco]**, Poder Executivo, Recife, n. 43, p. 11, 6 mar. 2012b. <http://www.latecnologiaemsaude.com.br/arquivos/portaria_108.pdf>. Disponível em: 15 jan. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.881, de 26 de março de 2012**. Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012c. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1881_plano_regional_rede_cegonha_da_ix_geres.pdf> Acesso em: 30 dez. 2015

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 2.239, de 26 de março de 2013**. Aprova a inclusão do Hospital da Mulher do Recife no âmbito da Rede Cegonha da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2013a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_2239_hospital_da_mulher_do_recife_-_i_geres.pdf>. Acesso em: 30 dez de 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 1.877, de 26 de março de 2012**. Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da V Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012d. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1878_plano_regional_rede_cegonha_da_v_geres.pdf> Acesso em 30 dez. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 1.882, de 26 de março de 2012**. Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da X Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012e. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1882_plano_regional_rede_cegonha_da_x_geres.pdf> Acesso em: 30 dez. 2015

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.872, de 26 de março de 2012**. Homologa os Planos Regionais da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco. Recife, 2012f. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1872_homologa_planos_regionais_da_rede_cegonha_no_estado_de_pe.pdf> Acesso em: 15 dez. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.878, de 26 de março de 2012**. Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da VI Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012g. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1878_plano_regional_rede_cegonha_da_vi_geres.pdf> Acesso em 30 dez. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.879, de 26 de março de 2012**. Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da VII Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012h. Disponível em: <

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1879_plano_regional_rede_cegonha_da_vii_geres.pdf> Acesso em: 30 dez. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.876, de 26 de março de 2012.** Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012i. Disponível em: <
http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1876_plano_regional_rede_cegonha_da_iv_geres.pdf> Acesso em: 30 dez. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.880, de 26 de março de 2012.** Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da VIII Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012j. Disponível em: <
http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1880_plano_regional_rede_cegonha_da_viii_geres.pdf> Acesso em: 30 dez. 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.905, de 25 de abril de 2012.** Aprova, ad referendum, o incremento do Teto Financeiro Anual para as novas Maternidades que integram o Plano Regional da Rede Cegonha da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife 2012k. Disponível em: <
http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1905_aprova_incremento_de_teto_financeiro_para_maternidade_municipais_e_estaduais_em_pe_-_i_geres.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2015.

PIOLA, Sérgio F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.** Brasília, DF: IPEA, 2013. (Texto para Discussão).

POBLACION, Dinah Aguiar. NORONHA, Dayse Pires, CURRÁ Emília. Literatura cinzenta versus literatura branca: transição dos autores das comunicações dos eventos para produtos de artigos. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 1-10, 1996.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil.** Brasília, 2013. Disponível em: <
<http://atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: < 31 agos. 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Brasília, 2013. Disponível em: <
http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/recife_pe> /> Acesso em: 24 maio 2016.

RATTNER, D. Humanização na atenção ao nascimento e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.13, supl. 1, p.759-768, 2009.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Hospital da Mulher abre as portas nesta terça-feira (10).** Recife, 2016.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Lei Orçamentária Anual 2012.** Recife, 2015.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Balço de Gestão 2013-2016.** Recife, 2016.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos, 2000 a 2010.** Recife, 2011.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** Recife, 2009.

- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017**. Recife, 2013.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde. 2011**. Recife, 2011a.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde. 2012**. Recife, 2012a.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde. 2013**. Recife, 2013.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde. 2014**. Recife, 2014a.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde. 2015**. Recife, 2015a.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2011**. Recife, 2011b.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2012**. Recife, 2012b.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Recife, 2013b.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Recife, 2014a.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Recife, 2015b.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Prestação de Contas – Segundo Quadrimestral de 2016**. Recife, 2016.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Prestação de Contas – Terceiro Quadrimestral de 2015**. Recife, 2015.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório de Prestação de Contas – Terceiro Quadrimestral de 2014**. Recife, 2014.
- REZENDE, Fernando. Brasil: conflitos federativos e reformas tributárias. In: REZENDE, F. (Coord.). **Desafios do Federalismo Fiscal**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.
- RISI JUNIOR; NOGUEIRA, R. P. et al. As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
- RODRIGUES, Marta M. Assunção. **Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2011. (Série Folha explica).
- RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, Maria das Graças; VALADÃO, Maria Izabel. **O Estudo da Política: Temas Seleccionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998.
- RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. Tipologias e tipos de políticas públicas. In: _____. **Para aprender políticas públicas**. Brasília: IGEPP, 2013. p. 48-54. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/para_aprender_politicas_publicas_-_unidade_04.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.
- SABATIER, Paul A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of public policy**, Cambridge, v. 6, n. 1, p. 21-48, jan. 1986.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JÚNIOR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.3, p. 335-346, 2006.

SANCHES, Raquel Maia; CICONELLI Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 32, n. 31, p. 260-268, 2012.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1. p. 603-613, 2009.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al., Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 107-119, abr./jun. 2008.

SANTOS, Alethele Oliveira Santos; DELDUQUE, Maria Celia; ALVES, Sandra Mara Campos. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p.1-3, fev. 2016.

SANTOS, F. A. S.; SOUSA, I. M. C.; GURGEL, I. G. D. Política de Práticas Integrativas e Complementares em Recife: Avanços e desafios. In: MARTELLI, J. L.; MENEZES, V. (Org.). **Estudos sobre políticas públicas de saúde em Recife 2000-2012: reflexões, críticas e legados**. Recife: Ed.Universitária da UFPE, 2014.

SANTOS, Francisco de Assis et al. Definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, 2015.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Rede no SUS: marco legal. In SILVA, Silvio Fernandes (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2013.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Águida Wichrowski. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 265-274, abr./jun. 2012.

SERRUYA, S.J. CECATTI J.G. LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SHARON Fonn, RAVINDRAN T.K. Sundari. Contexto macroeconômico e saúde sexual e reprodutiva: uma análise de tendências nos últimos 30 anos. **Questões de saúde reprodutiva: repolitizando à saúde e os direitos sexuais e reprodutivos**. Recife, ano 7, n. 6, jul. 2013.

SICSÚ, J.; PAULA, L. F. de; MICHEL, R. Introdução. In: _____. **Novo-Desenvolvimentismo: um Projeto Nacional de Crescimentos com Equidade Social**. Barueri: Manole; Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2005.

SICSÚ, João., PAULA, Luiz Fernando; MICHEL, Renaut (Org.). **Novo-Desenvolvimentismo:**

um projeto nacional de crescimento com equidade social. Rio de Janeiro: Manole, 2005.

SILVA, Ana Lúcia Andrade et all, Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v.2, n.16, p.139-148, abr./jun. 2016.

SIMON, Hebert A. Modelo comportamental de escolha racional. In: HEIDEMANN Francisco.G.; SALM, José Francisco (Org.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise.** 3. ed. Brasília: UNB, 2014.

SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2014

SOARES, Adilson; RODRIGUES, Nelson dos Santos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e Gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n.22.p.161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas.** Salvador, 2002. Disponível em:

<<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

TAVARES, Amanda. Negligência na hora do parto destrói os sonhos de várias famílias. **JC Online**, Recife, 10 ago. 2014. Disponível em:

<<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2014/08/10/negligencia-na-hora-do-parto-destrui-os-sonhos-de-varias-familias-139504.php>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

TEIXEIRA, R.A.; PINTO, E.C. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n.especial, p. 909-941, dez. 2012.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; As redes e a difusão de inovações. In: CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza; LÁZARO, Cristiane Pinheiro; PEREIRA, Hernane Borges de Barros. **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. p. 155-183.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TREVISAN, Andrei Pitto; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**,

Brasília, v. 42, n. 3, p. 529-550, maio/jun. 2008.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

UNICEF BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9540.htm>. Acesso: 30 dez. 2016.

UNICEF. Division of Policy and Strategy. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013**. New York, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf> Acesso em: 27 jun. 2015.

VAITSMAN, Jeni.; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.599-623, 2005.

VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José Mendes; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Análise de políticas, políticas de saúde e a saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 589-611, 2013.

VIANA, A. L. d' Avila; SILVA, Hudson Pacífico da. O financiamento do sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para a sua racionalização in IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**, São Paulo: Hucitec, 2011.

VICTORA, Cesar G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, may 2011.

VIEIRA, Elizabeth M. A questão do aborto no Brasil. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 103-104, 2010.

VILLANI, Renata Alves Gomes; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 521-529, jun. 2013.

WALT, Gill; GILSON, Lucy. Implementation: do those who implement decide? In: _____. **Health policy: an introduction to process and power**. London and New Jersey: Zed Books, 1994. p. 153-157.

WALT, Gill; GILSON, Lucy. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health policy and planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WANG, Haidong et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, London, v. 384, n. 9947, p. 957-979, 2014.

WEIDLE, Welder Geison et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Caderno de Saúde Públicas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 22, p. 46-53, 2014.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. **Declaração dos Direitos Sexuais**. Valença, 2014 . Disponível em: < <http://spsc.pt/wp-content/uploads/2017/01/DIREITOS->

SEXUAIS-WAS.pdf>. Acessado em: 20 dez. 2016.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YUNES, João; RONCHEZEL, Vera Shirley Carvalho. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 3-48, 1974.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n.10, p. 359-367, jul. / set. 2010.

APÊNDICE A – Marco normativo

1- Normatização no campo da atenção materna e infantil a partir de 2011

A Rede Cegonha toma como referência um conjunto de outras políticas e programas que buscou qualificar a assistência à saúde materna e infantil nas últimas duas décadas. A partir dos anos 2000, destacam-se as seguintes leis e portarias no campo:

- a) Lançamento pela Organização das Nações Unidas (ONU) dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, dentre os quais estão a redução da mortalidade infantil e materna (2000);
- b) Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2004);
- c) Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004);
- d) Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que assegura o direito ao acompanhante para o Pré-Parto, Parto e Pós-Parto;
- e) Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;
- f) Norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005);
- g) Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (2005);
- h) Política Nacional de Reprodução Humana Assistida (2005);
- i) Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis (2007);
- j) Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade do SUS;
- k) Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo (2007);
- l) Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 que regulamenta a vigilância de óbitos maternos;
- m) RDC Nº 36, de 03 de junho de 2008 que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;
- n) Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal (2009);
- o) Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal (2009).

A seguir apresentamos, em linhas gerais, a normatização no campo da atenção materna e infantil a partir de 2011.

A partir de 2011, foram publicadas várias portarias em âmbito federal, estadual e municipal que compõem o aparato normativo que institui, fundamenta e normatiza a Rede Cegonha. Segue listagem com resumos das principais portarias publicadas:

1.1 Normas federais

1.1.1 Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011

O documento toma como referência um conjunto de leis, portarias e pactos publicados, a partir dos anos 1990, relativos a melhoria da assistência materna e infantil; a redução dos altos índices de mortalidade infantil e materna e ao compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Essa portaria define a Rede Cegonha como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Apresenta os princípios, diretrizes, objetivos, ações estratégicas e metas referentes a quatro campos de atuação: pré-natal, parto e nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Os objetivos apresentados no documento são: 1) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; 2) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; 3) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Para o alcance dos objetivos a portaria descreve um conjunto de ações estratégicas a serem desenvolvidas no âmbito da gestão e da assistência prestada nos serviços básicos e hospitalares. As ações propostas se constituem de medidas que visam melhorar a qualidade e o acesso da assistência e ampliar e estruturar os serviços de atenção ao pré-natal, parto e nascimento e atendimento ao puerpério e as crianças até 24 meses. O fomento da mudança do modelo de atenção ao parto tem como referência os pressupostos da Política de Humanização do SUS.

A portaria define cinco fases necessárias para a execução da política:

1. Diagnóstico: apresentação da matriz diagnóstica nas CIBs, Homologação da Rede Cegonha na Região e instituição de um grupo condutor formado pela SES, COSEMS e apoio institucional do MS;
2. Desenho regional: realização do diagnóstico situacional e pactuação do desenho no CGR e proposta de plano operativo, inclusive com o aporte de recursos necessários;
3. Contratualização municipal: realização da contratualização dos pontos de atenção da Rede e instituição do Grupo Condutor Municipal;
4. Qualificação: fase que depende do cumprimento de requisitos mínimos;
5. Certificação: define que após a qualificação de todos os componentes o Ministério da Saúde certificará a Rede Cegonha no território.

A publicação prevê ainda os critérios de financiamento da Rede Cegonha. Trata do aporte de recursos de custeio para exames, transporte sanitário, Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, ampliação e qualificação dos leitos. Dispõe sobre o financiamento para compra de equipamentos e materiais; reforma das maternidades; construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera.

No anexo I, o documento define 03 grupos de indicadores que deverão compor a matriz diagnóstica (indicadores de mortalidade e morbidade, de atenção, situação da capacidade instalada hospitalar, de gestão).

O anexo II dispõe acerca da memória de cálculo dos novos investimentos e custeios da Rede Cegonha, estabelecendo os valores previstos para construção, ampliação, reforma e custeio dos serviços ofertados (BRASIL, 2011a)

1.1.2 Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011.

O documento instituiu 04 Comitês - Comitê Gestor da Rede Cegonha; Comitê Gestor do Fortalecimento das Ações para a Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência; Comitê Gestor da Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de Álcool, Crack e outras Drogas (BRASIL 2011c)

Foram definidas as atribuições, composição e sistemática de trabalho de cada uma das referidas instâncias organizativas de apoio as ações governamentais, desenvolvidas no âmbito das redes temáticas. Para cada Comitê Gestor foi criado um Grupo Executivo para viabilizar a operacionalização dos compromissos prioritários do governo. Estabeleceu-se que,

eventualmente, cada Comitê poderá formar subgrupos com o objetivo de discutir temas específicos.

De acordo com Art. 1º, § 1º, o Comitê Gestor tem as seguintes atribuições::

- a) Fomentar a gestão participativa e democrática, por meio da articulação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde envolvidas com a Rede Temática;
- b) Promover alinhamento político-institucional das diretrizes para formulação, implementação, e monitoramento da Rede Temática;
- c) Promover alinhamento teórico-conceitual para formulação, implementação, monitoramento e avaliação da Rede Temática;
- d) Promover consenso técnico-político para apoio do Ministério da Saúde na operacionalização da Rede Temática;
- e) Construir modelo lógico para avaliação dos resultados alcançados com a implementação da Rede Temática;
- f) Construir plano de trabalho para apoio à implementação, monitoramento e avaliação da Rede Temática;
- g) Acompanhar os relatórios de monitoramento da Rede Temática, com a finalidade de apoiar a identificação de estratégias para superação das dificuldades apresentadas pelos grupos executivos; e
- h) Elaborar relatórios semestrais sobre o desenvolvimento dos trabalhos e resultados alcançados (memória institucional do processo implantado) (BRASIL, 2011c, p.3)

Para cada Comitê Gestor, definiu-se ainda um Comitê de Mobilização Social para ampliar a discussão e envolver a participação da sociedade e um Comitê de Especialistas, responsável por subsidiar teoricamente a implantação da Rede temática.

Para discutir e elaborar diretrizes que subsidiarão a implantação e a operacionalização das redes temáticas prioritárias, bem como por prestar apoio matricial e estratégico às mesmas, foram intituídos três Grupos Transversais, descritos no Art 3º, são eles:

- I - Grupo Transversal de Gestão da Educação;
- II - Grupo Transversal de Regulação e Financiamento; e
- III - Grupo Transversal de Pactuação e Articulação (BRASIL, 2011c)

1.1.3 Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011

O documento altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. São três principais mudanças: 1) Amplia os mecanismos de repasses de recursos para compra de

equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e para ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto; 2) Estabelece que os recursos recebidos e não utilizados em obras, reformas e equipamentos deverão ser imediatamente devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção prevista em lei; 3) Altera os Anexos II e V da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 2011 no que se refere a alguns valores de custeio de leitos para a assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2011d)

1.1.4 Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011

Ementa: dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha. Em linhas gerais, a portaria intituiu:

- a) O Plano de Ação Regional deverá ser elaborado após a análise da situação da saúde da mulher e da criança de cada Município da região, e da elaboração do Desenho Regional da Rede Cegonha; pactuado na Comissão Intergestora Regional – CIR; homologado na Comissão Intergestora Bipartite – CIB. Deverão conter, pelo menos, a identificação da Comissão Intergestora Regional – CIR com Municípios componentes e população; programação da atenção integral à saúde materna e infantil dos Municípios, incluindo as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte de recursos; programação da atenção à saúde materna e infantil no que se refere às ações constantes no inciso IV do Art. 7º da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011e) (BRASIL, 2011e).
- b) O Plano de Ação Municipal deverá ser elaborado em consonância com o Plano de Ação Regional e conter dados demográficos; estatísticas vitais de mulheres em idade fértil e nascidos vivos; ações estratégicas previstas na no Art. 7º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011e).

No anexo I e II da portaria são descritos os itens que deverão constar na programação dos Planos de Ação Municipal e Regional da Rede Cegonha (atividades, metas, prazos, programação físico-financeira). No anexo III, são descritos os parâmetros para os cálculos de conformação da Rede Cegonha (números de gestantes; nascidos vivos; Gestantes de Risco

Habitual e de alto risco, descrição dos tipos e estimativa do número de exames e consultas preconizados para todas as gestantes, cálculo do número de leitos e serviços de atenção ao parto necessários para um determinado território. No anexo IV são descritos os indicadores Estratégicos para a Rede Cegonha que devem ser extraídos do Sisprenatal, Sinasc, SIH, SIAB, SIA/SUS (BRASIL, 2011e)

1.1.5 Portaria nº 2.236, de 1º de outubro de 2012

Ementa: Altera os dispositivos das portarias nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011 e nº 835/GM/MS, de 25 de abril de 2012.

No que se refere a portarias nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, o documento instituiu novas formas de repasses de recursos para compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera e Centros de Parto Normal e para reforma e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto. A partir de então, os recursos devem ser repassados não apenas fundo a fundo, mas também pelo SISPAG, pelo Sistema de Gestão de Convênios de Contratos de Repasse (SICONV/MS) ou pelo Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (GESCON/MS) (BRASIL, 2012a)

A portaria definiu também que, no caso de valores de até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) para custeio de reforma e para investimento em ampliação de imóveis e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto neonatal, o mecanismo de repasse de recursos adotado deverá ser fundo a fundo. Adotou também regras para as situações de não cumprimento de prazos e para a devolução de recursos (BRASIL, 2012a)

1.1.6 Portaria nº 1.516, de 24 de julho de 2013

O documento altera a Portaria nº 1.382/GM/MS, de 3 de julho de 2012, a Portaria nº 148/GM/MS, de 31 janeiro de 2012, a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, a Portaria nº 2.198/GM/MS, de 17 de setembro de 2009, e a Portaria nº 2.338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011.

No que se refere as mudanças na Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, o documento altera a sistemática de repasses financeiros para construção, ampliação e reforma. A partir dessa portaria, os repasses devem ser feitos em três etapas sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, a ser realizada após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado, deve se efetivar quando ocorrer a

apresentação da respectiva ordem de início do serviço e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado, deverá ocorrer após a conclusão da edificação da unidade (BRASIL, 2013b)

1.1.7 A Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.

O documento redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros.

No capítulo I, a portaria define alguns conceitos importantes no âmbito da atenção materna e infantil como alojamento conjunto, atenção humanizada ao parto e nascimento, gestação de baixo risco, parto de baixo risco, parto normal, quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP). Conceitua, classifica os tipos, e apresenta, no capítulo II, os requisitos para a constituição e habilitação dos Centros de Parto Normal (CPN) (BRASIL, 2015).

Quanto aos tipos de CPN, a portaria define alguns requisitos específicos:

I - CPNi Tipo I

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;
- b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e
- c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta;

II - CPNi Tipo II:

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;
- b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e
- c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e

III – CPNp tipo III:

- a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;
- b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e
- d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta (BRASIL, 2015 p. 5).

A portaria define que os CPN podem ser compostos por três ou cinco quartos PPP e diferencia a equipe mínima necessária para cada tipo de CPN. No Centro de Parto Normal Intra-hospitalar - CPNi tipo I e II, com três quartos, define a seguinte equipe mínima: 1 (um)

enfermeiro obstétrico ou obstetrix, reponsável técnico com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho; 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. Nos CPNi com 5 (cinco) quartos, a equipe deverá ser acrescida de técnico de enfermagem. Nos Centros de Parto Normal Peri- Hospitalar- CPNp com 03 (três) ou 05 (cinco) quartos a equipe deve ser acrescida de enfermeiros (as) obstetras ou obstetrix (BRASIL, 2015).

O documento prevê que todos os enfermeiros (as) obstétricos (as) que atuam nos CPN deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, consubstanciado em especialização "latu sensu" ou programa de residência. Normatiza também que a parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro (a) obstétrico (a) ou obstetrix e, quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deverá garantir o acesso da mulher e do recém-nascido a profissionais de saúde de outras especialidades (BRASIL, 2015).

Quanto à equipe, define por último : cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN (BRASIL, 2015).

No capítulo III, a portaria estabelece as regras acerca dos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal dos Centro de Parto Normal em hospitais públicos e privados sem fins lucrativos. Define os valores a serem repassados para obras, equipamentos, materiais, serviços e funcionários dos CPN e trata dos requisitos, da sistemática, e dos valores dos repasses financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde.

No capítulo IV são apresentadas as propostas para o monitoramento e avaliação acerca da execução dos recursos destinados ao funcionamento dos CPN.

Os anexos I, II, III, IV e V descrevem respectivamente a estrutura física necessária para os CPN; os indicadores do CPN a serem monitorados mensalmente pelos gestores responsáveis; os requisitos complementares para constituição como CPN; a tabela com características dos serviços e descrição de procedimentos realizados no CPN e, por ultimo, a memória de cálculo dos novos investimentos e custeios da Rede Cegonha.

2. NORMAS ESTADUAIS

Conforme previsto na portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, a operacionalização da Rede Cegonha se efetiva pela realização das fases de adesão e diagnóstico; desenho regional da Rede Cegonha; contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação. Para o cumprimento dessas fases, identificaram-se algumas resoluções da Comissão Intergestores Regional e Comissão Intergestores Bipartite que tratam do processo de adesão e desenho da Rede Cegonha em Pernambuco. Segue listagem das resoluções que homologam a Rede Cegonha nas 12 Regiões de Saúde de Pernambuco.

2.1 Resoluções da CIR:

- a) Resolução CIR nº 19/2012 – I Região de Saúde, de 17 de fevereiro de 2012;
- b) Resolução CIR Nº 17 – II e XII Região de Saúde, de 21 de setembro de 2011;
- c) Resolução CIR Nº 288 – III Região de Saúde, de 12 de março de 2012;
- d) Resolução CIR Nº 97/2012 – IV Região de Saúde, de 23 de março de 2012;
- e) Resolução CIR Nº 36/2012 – V Região de Saúde, de 17 de março de 2012;
- f) Resolução CIR Nº 31 – V I Região de Saúde, de 14 de setembro de 2011;
- g) Resolução CIR Nº 04 – V II Região de Saúde, de 09 de março de 2012;
- h) Resolução CIR Nº 169 – V III Região de Saúde, de 07 de março de 2012;
- i) Resolução CIR Nº 21/2012 – IX Região de Saúde, de 21 de março de 2012;
- j) Resolução CIR Nº 147 /2012 – X Região de Saúde, de 29 de fevereiro de 2012;
- k) Resolução CIR Nº 114 /2012 – XI Região de Saúde, 15 de março de 2012;

2.2 Resoluções da CIB:

- a) Resolução da CIB nº 1.872, de 26 de março de 2012.
Ementa: homologa a Rede Cegonha nas 12 regiões de Saúde do Estado de Pernambuco, por meio da adesão aos quatro componentes da Rede Cegonha: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e acompanhamento da criança, transporte e regulação.
- b) Resolução CIB/PE nº 1873, de 26 de março de 2012.
Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco.
- c) Resolução CIB/PE nº 1874, de 26 de março de 2012.

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da II e XII Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco.

- d) Resolução CIB N° 1876, de 26 de março de 2012.

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

- e) Resolução CIB/PE n° 1877, de 26 de março de 2012.

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da V Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

- f) Resolução CIB/PE n° 1878, de 26 de março de 2012.

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da VI Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

- g) Resolução CIB/PE n° 1879, de 26 de março de 2012.

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da VII Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

- h) Resolução CIB/PE n° 1880, de 26 de março de 2012 .

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da VIII Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

- i) Resolução CIB/PE n° 1881, de 26 de março de 2012.

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

- j) Resolução CIB/PE n° 1882, de 26 de março de 2012.

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da X Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

- k) Resolução CIB/PE n° 1883, de 26 de março de 2012

Ementa: homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da XI Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

3. NORMAS MUNICIPAIS

Ao longo do processo de organização e implementação da Rede Cegonha no Recife, no período de 2010 a 2015, não foi identificada normatização da Secretaria de Saúde do Recife sobre a Rede Cegonha em âmbito local, configurando-se a adequação do município a normatização federal e estadual. O único documento identificado que se refere especificamente ao Recife foi a Resolução CIB/PE n° 2239, de 26 de março de 2013 que

aprova a inclusão do Hospital da Mulher do Recife no âmbito da rede Cegonha da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Tal situação deve-se, sobretudo, ao tipo de adesão a política adotado em Pernambuco, isto é a adesão regional. Sendo assim Recife se insere no Plano Regional da Rede Cegonha da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco, seguindo, portanto, a normatização prevista para a região.

APÊNDICE B – Ações e metas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011- 2015

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011 a 2013

.....

.....Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas previstas no PMS -2010 a 2013.	Ações e metas previstas nas Programações Anuais- PAS- 2011 a 2013.
Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção.	Implementação de ações de melhoria à qualidade do Pré-Natal, intensificando a captação precoce das gestantes	PAS - 2011 1-Garantir atenção humanizada à gestante no pré-natal e puerpério em 60% das unidades de saúde; 2- Implantar e monitorar o Projeto Gestando o Gestar na Atenção Básica (DS IV e V); 3-Realizar capacitação para os médicos (as) e enfermeiros (as) da atenção básica para implantação do projeto Gestando o Gestar (Distritos Sanitários I, II, III e VI); 4-Ampliar a captação precoce da gestante ao pré-natal (DS IV). 5- Atualizar os profissionais dos 06 DS para a realização do pré-natal de risco habitual e alto risco.
		PAS – 2012 1-Fortalecer à atenção ao pré-natal, parto, aborto e puerpério. 2-Realizar capacitação para os médicos (as) e enfermeiros (as) da atenção básica para implantação do projeto Gestando o Gestar. 3-Realizar um curso de formação para doulas comunitárias.
		PAS 2013 1-Realizar um curso de formação para doula comunitárias.
	Redução de 20% de gestantes que não fazem pré-natal ou realizam menos de 4 consultas de pré-natal.	PAS 2011 - Não há meta anual
		PAS 2012 -Não há meta anual
		PAS 2013 -Não há meta anual
	Elevação da proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal para 90% das gestantes.	PAS - 20111-Sensibilizar/Estimular as usuárias gestantes quanto à realização de, no mínimo, 06 consultas no pré-natal. 2-Elevar a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal para 89,12% das gestantes.
PAS - 2012 Elevar da proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal para 89,56% das gestantes		
PAS - 2013 Elevar a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal para 90% das gestantes		
Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.	Elaboração e atualização dos protocolos clínicos e linhas de cuidado sobre Pré-Natal de baixo e alto risco, e de enfermagem neonatal.	PAS -2011 Ampliar a quantidade de consultas puerperais e pós-aborto.
		PAS -2012 Não há meta anual
		PAS- 2013 Não há meta anual

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011 a 2013 Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas previstas no PMS -2010 a 2013.	Ações e metas previstas nas Programações Anuais- PAS- 2011 a 2013.
Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno.	Qualificação dos serviços de atenção ao Pré-natal de alto risco nas maternidades de referência, garantindo o atendimento odontológico às gestantes e fortalecendo a rede de referência para gestantes de alto risco.	PAS 2011 1-Redefinir referência ao pré-natal de alto risco (DS I) 2- Implantar o ambulatório de pré-natal de alto risco na Policlínica Lessa de Andrade (DS IV) 3-Fortalecer o Programa Doula Comunitária Voluntária na Maternidade Bandeira Filho (DS V) PAS 2012 1-Implantar o ambulatório de pré-natal de alto risco na Policlínica Lessa de Andrade. PAS- 2013 Não há meta anual
Acesso aos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno.	Ampliação do número de testes Anti-HIV, incluindo a realização dos 50% dos testes rápidos na rede com a garantia de aconselhamento de pré-teste e pós-teste.	PAS-2011 1- Orientar 100% das gestantes em acompanhamento pré-natal a respeito da transmissão vertical para DST, Aids e hepatites virais; 2-Ampliar em 100% a testagem para HTLV no pré-natal; 3- Realizar o teste VDRL em todas as gestantes com acompanhamento pré-natal nas unidades de Saúde do Recife; 4- Ampliar em 100% o número de testagem para HIV; 5- Ampliar em 50% o número de testes rápidos para HIV; 6- Realizar o teste de detecção do HTLV em todas as gestantes em acompanhamento pré-natal nas maternidades de rede municipal; 3-Disponibilizar em todas as policlínicas da rede municipal, o teste anti-HTLV para gestantes em acompanhamento pré-natal; 4- Ofertar tratamento da sífilis em todas as mulheres em situação de abortamento, parturientes, puérperas e recém-nascidos acompanhados nas maternidades da rede municipal. PAS- 2012 Não há meta anual PAS- 2013 Não há meta anual
Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.	Vinculação do Pré-Natal à atenção ao parto, através da definição de maternidades em que as gestantes deverão ter assistência.	PAS- 2011 1-Implantar a vinculação da gestante à maternidade de referência do município do Recife (DS II, III, V e VI). PAS-2012 1-Implementar a visita prévia das gestantes as maternidades (DS III, DS V e DS VI). PAS- 2013 1-Implementar a visita prévia com vinculação da gestante as maternidades municipais.

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011 a 2013

.....

.....Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas previstas no PMS -2010 a 2013.	Ações e metas previstas nas Programações Anuais- PAS- 2011 a 2013.
Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno.	Qualificação dos serviços de atenção ao Pré-natal de alto risco nas maternidades de referência, garantindo o atendimento odontológico às gestantes e fortalecendo a rede de referência para gestantes de alto risco.	PAS 2011 1-Redefinir referência ao pré-natal de alto risco (DS I) 2- Implantar o ambulatório de pré-natal de alto risco na Policlínica Lessa de Andrade (DS IV) 3-Fortalecer o Programa Doula Comunitária Voluntária na Maternidade Bandeira Filho (DS V).
		PAS 2012 - Implantar o ambulatório de pré-natal de alto risco na Policlínica Lessa de Andrade.
		PAS- 2013 - Não há meta anual
Acesso aos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno.	Ampliação do número de testes Anti-HIV, incluindo a realização dos 50% dos testes rápidos na rede com a garantia de aconselhamento de pré-teste e pós-teste.	PAS-2011 1- Orientar 100% das gestantes em acompanhamento pré-natal a respeito da transmissão vertical para DST, Aids e hepatites virais; 2-Ampliar em 100% a testagem para HTLV no pré-natal; 3- Realizar o teste VDRL em todas as gestantes com acompanhamento pré-natal nas unidades de Saúde do Recife; 4- Ampliar em 100% o número de testagem para HIV; 5- Ampliar em 50% o número de testes rápidos para HIV; 6- Realizar o teste de detecção do HTLV em todas as gestantes em acompanhamento pré-natal nas maternidades de rede municipal; 3-Disponibilizar em todas as policlínicas da rede municipal, o teste anti-HTLV para gestantes em acompanhamento pré-natal; 4- Ofertar tratamento da sífilis em todas as mulheres em situação de abortamento, parturientes, puérperas e recém-nascidos acompanhados nas maternidades da rede municipal.
		PAS- 2012 Não há meta anual
		PAS- 2013 Não há meta anual
Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.	Vinculação do Pré-Natal à atenção ao parto, através da definição de maternidades em que as gestantes deverão ter assistência.	PAS- 2011 1-Implantar a vinculação da gestante à maternidade de referência do município do Recife (DS II, III, V e VI).
		PAS-2012 1-Implementar a visita prévia das gestantes as maternidades (DS III, DS V e DS VI).
		PAS- 2013 - Implementar a visita prévia com vinculação da gestante as maternidades municipais.

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011 a 2013

..... Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas previstas no PMS -2010 a 2013.	Ações e metas previstas nas Programações Anuais- PAS- 2011 a 2013.
Qualificação do sistema e da gestão da informação	Implementação do SISPRENATAL - Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - na rede, monitorando o preenchimento adequado das fichas de cadastro.	PAS 2011- Não há meta anual
		PAS 2012- Não há meta anual
		PAS 2013- Não há meta anual
Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.	Implementação de estratégias atividades educativas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.	PAS 2011 - Fortalecer as ações do planejamento reprodutivo em 60% das unidades de atenção básica e policlínicas, com ações de sensibilização/capacitação dos profissionais da rede sobre planejamento reprodutivo (DS IV e V).
		PAS- 2012 1-Garantir os direitos sexuais e reprodutivos em 100% das unidades de saúde; 2-Implantar a contracepção cirúrgica voluntária (vasectomia) na Maternidade Arnaldo Marques; 3-Estimular as ESF e NASF para criação de grupos voltados para o planejamento reprodutivo; 4-Realizar matriciamento para divulgação do uso e manejo dos métodos contraceptivos e preservativo feminino; 5-Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o uso do contraceptivo de emergência.
	Garantia da disponibilização e divulgação da contracepção de emergência em todas as Unidades de Saúde.	PAS 2011- Não há meta anual
		PAS 2012 Não há meta anual
		PAS 2013- Não há meta anua

- Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011 a 2013 Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas previstas no PMS -2010 a 2013.	Ações e metas previstas nas Programações Anuais- PAS- 2011 a 2013.
	Divulgar e estimular o uso dos preservativos femininos, com orientação dos profissionais das Unidades de Saúde.	PAS 2011- Não há meta anual
		PAS 2012- Não há meta anual
		PAS 2013- Não há meta anual
Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites.	Implantação de Comitê para investigação de casos e óbitos por sífilis congênita.	PAS 2011- Não há meta anual
		PAS 2012- Não há meta anual
		PAS 2013- Não há meta anual
	Redução do número de casos de sífilis congênita para 100.	PAS- 2011- Reduzir o número de casos de sífilis congênita para 150.
		PAS- 2012 - Reduzir o número de casos de sífilis congênita PARA 130.
		PAS- 2013 - Reduzir o número de casos de sífilis congênita para 100
	Ampliação do número de testes Anti-HIV, incluindo a realização dos 50% dos testes rápidos na rede com a garantia de aconselhamento de pré-teste e pós-teste.	PAS- 2011 Não há meta anual
		PAS- 2012 Não há meta anual
		PAS 2013 - 1-Implantar a testagem rápida para sífilis nas UBS.
	Elevação do nº de notificações de casos de sífilis em gestantes e mulheres não grávidas em 40%.	PAS- 2011 - 1-Elevar o número de notificações de casos de sífilis em gestantes e mulheres não grávidas em 20%.
		PAS- 2012 - 1-Elevar o número de notificações de casos de sífilis em gestantes e mulheres não grávidas em 30%.
		PAS- 2013- 1-Elevar o número de notificações de casos de sífilis em gestantes e mulheres não grávidas em 40%.

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011 a 2013 Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas previstas no PMS -2010 a 2013.	Ações e metas previstas nas Programações Anuais-PAS- 2011 a 2013.
Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.	Discussão com a Secretaria Estadual e demais municípios da região metropolitana, acerca do fortalecimento do transporte inter-hospitalar de qualidade e com segurança para as gestantes.	PAS-2011 Não há meta anual
		PAS- 2012 Não há meta anual
		PAS- 2013 Não há meta anual
Qualificação do sistema e da gestão da informação	Implementação do SISPRENATAL - Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - na rede, monitorando o preenchimento adequado das fichas de cadastro.	PAS 2011- Não há meta anual
		PAS 2012- Não há meta anual
		PAS 2013- Não há meta anual
Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.	Implementação de estratégias atividades educativas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.	PAS- 2011 1-Fortalecer as ações do planejamento reprodutivo em 60% das unidades de atenção básica e policlínicas, com ações de sensibilização/capacitação dos profissionais da rede sobre planejamento reprodutivo (DS IV e V).
		PAS- 2012 - 1-Garantir os direitos sexuais e reprodutivos em 100% das unidades de saúde; 2-Implantar a contracepção cirúrgica voluntária (vasectomia) na Maternidade Arnaldo Marques; 3-Estimular as ESF e NASF para criação de grupos voltados para o planejamento reprodutivo; 4-Realizar matriciamento para divulgação do uso e manejo dos métodos contraceptivos e preservativo feminino; 5-Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o uso do contraceptivo de emergência.

- Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife – 2011 a 2013 Coclusão

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas previstas no PMS -2010 a 2013.	Ações e metas previstas nas Programações Anuais- PAS- 2011 a 2013.
	Garantia da disponibilização e divulgação da contracepção de emergência em todas as Unidades de Saúde.	PAS 2011- Não há meta anual
		PAS 2012 Não há meta anual
		PAS 2013- Não há meta anual

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do Plano Municipal de Saúde 2010 a 2013 e Programações Anuais de Saúde referentes aos período de 2011 a 2013.

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife- 2014/2015

.. Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas no PMS-2014 a 2017.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas nas PAS-2014 a 2015.
Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção	Ampliação e qualificação da assistência ao pré-natal em tempo oportuno, de forma segura e humanizada.	PAS 2014 - 1- Atualizar os profissionais de saúde dos 06 DS para a realização do pré-natal de risco habitual e alto risco.
		PAS-2015 - 1- Formar grupos de gestantes nas USF nos 08 DS, com realização de 01 reunião mensal por DS.
		PAS- 2014 - 1-Implantar 10 Espaços Mãe Coruja: Santo Amaro, Joana Bezerra, Água Fria, Brejo da Guabiraba, Macaxeira, Torrões, San Martin, Coqueiral, Ibura e Cohab. 2-Produzir oportunidades para ampliar o acesso e a permanência das gestantes e familiares a educação formal e profissionalizante, com foco em projetos de capacitação profissional da gestante e sua família. 3-Cadastrar no PMCR e acompanhar 100% de gestantes (5.500) e crianças (5.000) dos 10 bairros selecionados.
		PAS- 2015 - 1-Implantar 08 Espaços Mãe Coruja: Joana Bezerra, Brejo da Guabiraba, Macaxeira, Torrões, San Martin, Coqueiral, Ibura e Cohab. 2-Acompanhar 100% de gestantes cadastradas no Programa Mãe Corujas. 3-Cadastrar 85% das gestantes que realizam pré-natal na atenção básica nos 10 bairros selecionados- aproximadamente 4.765 cadastros/ano Implantar 06 Comitês do PMCR.

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife - 2014/2015

.. Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas no PMS-2014 a 2017.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas nas PAS-2014 a 2015.
	Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal de 57,9% para 75%.	PAS- 2014 Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal de 57,9% para 65%.
		PAS- 2015 Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal de 57,9% para 70%.
	Disponibilização de kit de atenção pré-natal para as unidades de saúde.	PAS 2014- Não há meta anual
Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade.		PAS- 2014 - Não há meta anual
		PAS-2015 - 1- Garantir a realização do aborto legal e espontâneo e divulgação dos locais de realização nas três maternidades municipais.
Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno	Ofertar o pré-natal de alto risco em 04 serviços municipais.	PAS- 2014 Não há meta anual
		PAS- 2015 - 1-Manter o pré-natal de alto risco em 03 serviços e implantar 01 serviço no Hospital da Mulher. 2-Atualizar os profissionais dos 08 DS para a realização do pré-natal de risco habitual e alto risco. 3-Formar grupos de gestantes nas USF nos 08 DS, com realização de 01 reunião mensal por DS.
Acesso aos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno.		PAS- 2014 – 1-Ampliar a testagem rápida para sífilis para 100% das unidades básicas de saúde. 2-Capacitar 30% dos profissionais para a realização do exame de sífilis, HIV e teste rápido para a detecção de gravidez. 3-Ampliar em 30% o número de testes de detecção de HIV em gestantes do município. 4-Capacitar 80% dos profissionais dos serviços básicos de saúde para a realização do teste rápido para a detecção de gravidez; 5-Ampliar o número de testes de sífilis para 100% das gestantes.
		PAS-2015 1-Manter o pré-natal de alto risco em 03 serviços e implantar 01 serviço no Hospital da Mulher.

Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no Recife- 2014/2015

.. Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas no PMS-2014 a 2017.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas nas PAS-2014 a 2015.
Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.		PAS -2014 Não há meta anual
		PAS- 2014 Não há meta anual
Qualificação do sistema e da gestão da informação		PAS- 2014- 1-Implantar o Sis prenatal-web e SISCAM em 100% dos DS. 2-Capacitar 100% dos Coord. de Saúde da Mulher e digitadores distritais e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da rede básica e especializada para utilização do Sis prenatal e SISCAM.
		PAS -2015- 1- Implementar o Sis prenatal-web e SISCAM em 100% dos DS. 2-Capacitar 100% dos Coord. de Saúde da Mulher e digitadores distritais e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da rede básica e especializada para utilização do Sis prenatal e SISCAN.
Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.	Implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados a saúde sexual e reprodutiva. Ofertar laqueadura nas 03 maternidades e no Hospital da Mulher.	PAS 2014- Não há meta anual
		PAS -2015 1-Implantar o calendário anual fixo de reuniões (02 palestras mensais nas UBS e ESF) com o objetivo de aumentar a distribuição de métodos contraceptivos, incluindo aumento na oferta e colocação de DIU. 2-Garantir laqueadura em 03 serviços (nas Maternidades Bandeira Filho e Maternidade Barros Lima e no Hospital da Mulher).

- Ações e metas previstas para a atenção ao pré-natal em âmbito nacional e no RECIFE - 2014/2015

.. Conclusão

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas no PMS-2014 a 2017.	Ações e metas para atenção ao pré-natal previstas nas PAS-2014 a 2015.
Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites.	Ampliar o número de testes de sífilis em gestantes de 66% para, pelo menos, 80% das gestantes. Ampliação do número de testes de detecção de HIV em gestantes do município.	PAS- 2014 - Ampliar a testagem rápida para sífilis para 100% das unidades básicas de saúde.
		PAS -2015 - 1-Ampliar o número de testes de sífilis para, pelo menos, 70% das gestantes. 2-Capacitar 30% dos profissionais das unidades básicas de saúde para a realização do exame de sífilis, HIV e teste rápido para a detecção de gravidez.
	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade de 337 para 276 casos.	PAS- 2014 Não há meta anual
		PAS -2015 - 1-Reduzir o nº de casos de 337 para 260.
	Ampliar em 50% o número de notificações de casos de sífilis em mulheres.	PAS -2014 - 1-Elevar o número de notificações de casos de sífilis mulheres em 10% em relação a 2014.
		PAS-2015 1-Elevar o número de notificações de casos de sífilis em gestantes e mulheres não grávidas em 10%
	Implementação da vigilância à saúde materna e infantil com estímulo à notificação de casos de sífilis congênita e tetano neonatal.	PAS- 2014 Não há meta anual
		PAS -2015 Não há meta anual

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do PMS 2014-2017 e Programações Anuais de Saúde do Recife de 2014 e 2015.

Atenção ao parto e nascimento em âmbito nacional e no Recife- 2011/2013. .

..... Continua.

Ações previstas pela Rede Cegonha em âmbito nacional para atenção ao parto e nascimento.	Ações e metas para atenção ao parto previstas no PMS - 2010 a 2013.	Ações e metas para atenção ao parto e nascimento previstas nas PAS-2010 a 2013.	
Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais.	Ampliação dos leitos de obstetrícia para risco habitual; Recuperação de 12 Leitos Obstétricos da Maternidade Bandeira Filho e abertura de 07 leitos.	PAS 2011 1-Adequar 04 leitos do pré-parto e a Central de Material Esterilizado (CME) da Maternidade Arnaldo Marques, através de aquisição de equipamentos e adequação do espaço físico. PAS- 2012 Não há meta anual PAS- 2013 Não há meta anual	
	Construção de Centro de parto normal, reforma e ampliação das maternidades	PAS-2011 1- Construir Centro de Parto Normal PAS- 2012 1-Construir Centro de Parto normal. PAS- 2013 1-Construir Centro de Parto normal.	
	Construção de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera.	PAS- 2011 1-Construir Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. PAS- 2013 1-Construir Casa da Gestante, Bebê e Puérpera.	
	Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).	Reformar as 03 maternidades municipais.	PAS -2011 1-Reformar a Maternidade Bandeira Filho 2-Reformar a Maternidade Arnaldo Marques 3-Reformar o Centro Obstétrico da Maternidade Barros Lima
			PAS 2012 1-Adequar a estrutura física da Pol. Arnaldo Marques (DS VI) e Pol. Amaury Coutinho (DS II) Levantar as necessidades de RH para a implantação do ACCR 2-Capacitar profissionais para o uso do protocolo clínico para classificação de risco.
			PAS- 2013 1-Requalificar a ambiência das 03 maternidades municipais.

Atenção ao parto e nascimento em âmbito nacional e no Recife-2011/2013.

Conclusão

Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".	Redução da Taxa de cesáreas em 4%.	PAS -2011 Reduzir a Taxa de cesáreas em 2%.
		PAS -2012 Redução da Taxa de cesáreas em 3%
		PAS-2013 Redução da Taxa de cesáreas em 4%
Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;		PAS- 2011 1-Realizar reuniões de sensibilização c/ as gerências e equipes de plantão da maternidade quanto ao direito do acompanhante no momento do parto (DS III, IV, V e VI)
Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	Implantação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia nas portas das maternidades.	PAS- 2011 1-Adequação da estrutura física para implementação do acolhimento com classificação de vulnerabilidade nas maternidades. 2-sensibilizar dos gestores e profissionais das unidades em relação à implantação do acolhimento 3-Elaborar fichas da classificação de risco.
Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	Apoio às ações desenvolvidas pelas parteiras tradicionais-doulas	PAS- 2011 1- Incluir a enfermeira obstetra na equipe de plantão da Maternidade Bandeira Filho (DS V). 2-Realizar um curso de formação para doulas comunitárias.
Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.	Implementação do Fórum Perinatal.	PAS- 2012 1- Implementar o Fórum Perinatal; 2- Apresentar a proposta da Rede Cegonha em Recife
		PAS- 2013 1-Implementar o fórum perinatal. 2-Implementar o matriciamento da Maternidade Barros Lima. 3-Realizar um curso de formação para doulas comunitárias.
		PAS -2012 Realizar um curso de formação para doulas comunitárias.
		PAS -2013 Realizar um curso de formação para doulas comunitárias.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do PMS 2010-2013 e Programações Anuais de Saúde do Recife de 2011 a 2013.

- Ações e metas previstas para a atenção ao parto e nascimento em âmbito nacional e no Recife - 2014/2015

Continua.

Ações previstas pela Rede Cegonha, em âmbito nacional, para a atenção parto e nascimento.	Ações e metas para atenção ao parto previstas no PMS - 2014 a 2017.	Ações e metas para atenção ao parto e nascimento previstas nas PAS 2014 e 2015.
Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais.	Implantar Centros de parto normal em 03 maternidades públicas municipais.	PAS -2014 1-Reformar as ambiências, construir o centro de parto normal, pré-parto e perinatal nas 03 Maternidades do município (Bandeira Filho, Arnaldo Marques e Barros Lima).
		PAS -2015 1-Reformar as ambiências, construir o centro de parto normal, pré-parto e perinatal nas 03 Maternidades do município (Bandeira Filho, Arnaldo Marques e Barros Lima).
	Construir 01 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera na Maternidade Bandeira Filho	PAS- 2014 1-Construir 01 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera na Maternidade Bandeira Filho.
		PAS- 2015 1-Construir 01 Casa da Gestante, Bebê e Puérpera na Maternidade Bandeira Filho.
	Implantar 12 leitos Canguru no Hospital da Mulher.	PAS -2014 1-Implantar 12 leitos Canguru no Hospital da Mulher.
		PAS- 2015 1-Implantar 12 leitos Canguru no Hospital da Mulher.
	Implantar 15 de leitos de unidades de cuidados intermediários convencional adulto no Hospital da Mulher.	1-PAS 2014 1-Implantar 15 de leitos de unidades de cuidados intermediários convencional adulto no Hospital da Mulher.
		PAS- 2015 1-Implantar 15 de leitos de unidades de cuidados intermediários convencional adulto no Hospital da Mulher.
	Implantar 20 leitos obstétricos de alto risco no Hospital da Mulher.	PAS- 2014 1-Implantar 20 leitos obstétricos de alto risco no Hospital da Mulher.
		PAS -2015 1-Implantar 20 leitos obstétricos de alto risco no Hospital da Mulher.
	Implantar 10 leitos de terapia intensiva neonatal e 10 adultos no Hospital da Mulher.	PAS- 2014 1-Implantar 10 leitos de terapia intensiva neonatal e 10 adultos no Hospital da Mulher.
		PAS -2015 1-Implantar 10 leitos de terapia intensiva neonatal e 10 adultos no Hospital da Mulher.

- Ações e metas previstas para a atenção ao parto e nascimento em âmbito nacional e no Recife - 2014/2015.....Continua

Ações previstas pela Rede Cegonha, em âmbito nacional, para a atenção parto e nascimento.	Ações e metas para atenção ao parto previstas no PMS - 2014 a 2017.	Ações e metas para atenção ao parto e nascimento previstas nas PAS 2014 e 2015.
Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais.	Implantar 54 leitos de pós-parto, 02 leitos de isolamento e 04 leitos de mama no Hospital da Mulher	PAS -2014 1-Implantar 54 leitos de pós-parto, 02 leitos de isolamento e 04 leitos de mama no Hospital da Mulher
		PAS -2015 1-Implantar 54 leitos de pós-parto, 02 leitos de isolamento e 04 leitos de mama no Hospital da Mulher
	Implantar 20 leitos de gineco-obstetrícia no Hospital da Mulher.	PAS- 2014 1-Implantar 20 leitos de gineco-obstetrícia no Hospital da Mulher.
		PAS -2015 1-Implantar 20 leitos de gineco-obstetrícia no Hospital da Mulher.
Ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).	Requalificar a ambiência das 03 maternidades municipais.	PAS- 2014 1-Reformar as ambiências, construir o centro de parto normal, pré-parto e perinatal nas 03 Maternidades do município (Bandeira Filho, Arnaldo Marques e Barros Lima).
	Implantação de alas de parto normal ligados a maternidades e da casa da gestante e do bebe.	PAS -2015 1-Requalificar a ambiência das 03 maternidades municipais.
	Implantação de alas de parto normal ligados a maternidades e de casa da gestante e do bebe.	PAS- 2014 1-Implantar alas de parto normal ligados a maternidades e de casa da gestante e do bebe.
		PAS- 2015 1-Implantar alas de parto normal ligados a maternidades e de casa da gestante e do bebe.
Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".	Aumentar a proporção de partos normais de 41,8% para 80% nas maternidades municipais.	PAS- 2014 1-Aumentar a proporção de partos normais de 41,8% para 75% nas maternidades municipais.
		PAS- 2015 1-Aumentar a proporção de partos normais de 41,8% para 75% nas maternidades municipais.

- Ações e metas previstas para a atenção ao parto e nascimento em âmbito nacional e no Recife - 2014/2015..... Conclusão

Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.		PAS 2014 1-Assegurar a presença do acompanhante no momento do parto PAS 2015 1 Assegurar a presença do acompanhante no momento do parto
Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal	Implantação do acolhimento com classificação de risco em obstétrica nas portas das maternidades.	PAS 2015 – Não há meta anual
Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.	Apoio as ações desenvolvidas pelas parteiras tradicionais (doulas).	PAS – 2015 1 Realizar 01 curso de atualização para as doulas nos serviços municipais Realiza 01 curso de formação de novas doulas
		PAS 2014 1- Implantar o Fórum Perinatal do Recife
Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização		PAS 2015 1- Realizar 04 Fóruns perinatais do Recife

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados do PMS 2010-2013 e Programações Anuais de Saúde do Recife de 2011 a 2015.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA CURSOS DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ENTREVISTA

A) QUESTÕES DIRIGIDAS A TODOS (AS) OS (AS) ENTREVISTADOS (AS):

A entrevista tratará de temas referentes ao desenvolvimento da política Rede Cegonha no Recife, no que se refere aos componentes atenção ao pré-natal e ao parto, no período de 2011 a 2014.

1-Para o Sr. (a) o que justifica a implantação da política Rede Cegonha ?

2-Como o Sr. (a) analisa os fatores favoráveis e desfavoráveis à implantação da Rede Cegonha no Recife a partir do contexto político, econômico e social ?

3-A Rede Cegonha preconiza um conjunto de ações com vistas à humanização da atenção ao pré-natal e ao parto. Como o Sr. (a) analisa os processos realizados para reorientar o modelo de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento, no Recife?

4- Hoje se fala muito sobre a humanização obstétrica, como o Sr. (a) analisa esta questão?

5-Os dados preliminares da pesquisa demonstram que 43% dos partos ocorridos no Recife foram de gestantes não residentes no município (SIH/SUS, 2015). A mídia denuncia a peregrinação das gestantes para parir na Região Metropolitana do Recife. Como o Sr. (a) analisa a organização do acesso ao parto e nascimento no Recife?

6-Quais as lacunas a serem superadas para a estruturação e qualificação do pré-natal e do parto e nascimento no Recife?

7-Como o (a) Sr.(a) avalia a possibilidade da política Rede Cegonha de dar conta da dimensão dos problemas da atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento?

7-A implementação da política Rede Cegonha envolve vários atores. O (A) Sr. (a) poderia falar sobre a participação desses atores na implementação da política?

8-Como o Sr. analisa a adesão da população e dos trabalhadores da saúde as propostas da política Rede Cegonha?

9-Há algo que não foi perguntado que Sr. (a) gostaria de acrescentar?

10-O Sr. (a) identifica algum informante-chave a ser entrevistado e que possa contribuir para uma maior compreensão da política Rede Cegonha?

B) QUESTÕES DIRIGIDAS AOS GESTORES, COSEMS, COREM, CREMEPE, COMITE ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO

1- A implantação da Rede Cegonha prevê um conjunto de operações ou fases. Como estes processos ocorreram no Recife e quais os fatores que facilitam ou que dificultam a efetivação do Plano de Ação da Rede Cegonha?

2-Como o Sr. (a) analisa a participação do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretaria de Saúde do Recife no que se refere ao aporte de recursos para a Rede Cegonha ?

C) QUESTÕES DIRIGIDAS AOS (AS) TRABALHADORES (AS) DAS UNIDADES DE SAUDE

1- Como se organiza a captação precoce e acompanhamento da assistência ao pré-natal nessa unidade de saúde ?

2- Como o Sr.(a) avalia a estrutura e os recursos disponíveis para dar conta da assistência ao pré-natal nessa unidade de saúde?

3- Como o Sr.(a) avalia a estrutura dos serviços e os recursos disponíveis para dar conta da assistência ao parto e nascimento nessa unidade de saúde?

4-Como o Sr (a) avalia o acesso a assistência ao parto e nascimento no Recife e a articulação com a Central de Leitos de Pernambuco?

D) QUESTÕES DIRIGIDAS AOS (AS) GESTORES DE HOSPITAIS ESTADUAIS

1- Como está organizado o acesso ao pré-natal e ao parto de alto risco na região e no Recife e como esse hospital está inserido nesse fluxo de acesso ?

2- Como se dá a articulação desse hospital com os demais serviços de assistência ao pré-natal e ao parto da região e do Recife?

3 - Como o Sr (a) avalia o acesso a assistência ao parto e nascimento no Recife e a articulação com a Central de Leitos de Pernambuco?

E) QUESTÕES DIRIGIDAS AS REPRESENTANTES DO MOVIMENTO DE MULHERES

1- Os dados preliminares da pesquisa demonstram que alguns seguimentos do movimento de mulheres criticam a capacidade da Rede Cegonha de dar conta da atenção integral a saúde da mulher. Como a Sr^a analisa esta questão?

2- Como a Sr^a analisa a adesão da população e dos trabalhadores da saúde as propostas da política Rede Cegonha?

F) QUESTÕES DIRIGIDAS AOS CONSELHOS PROFISSIONAIS

01 -Quais os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na assistência ao pré-natal e ao parto no Recife? Como o conselho vem enfrentando estas questões?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar como entrevistado na pesquisa: **REDE CEGONHA: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA EM RECIFE/PERNAMBUCO**” desenvolvida por mim, Márcia Andrea Oliveira da Cunha. A pesquisa foi submetida ao Edital FACEPE 13/2012 3ª RODADA- PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE e recebe auxílio à pesquisa – do Ministério da Saúde/CNPq/FACEPE/Secretaria Estadual de Saúde, com previsão para conclusão em dezembro de 2016. O objetivo principal do estudo é compreender como esta se desenvolvendo a atenção materna e infantil no Recife. Trata de um conjunto de ações previstas na Política Rede Cegonha implantada pelo governo federal e que tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e as crianças menores de dois anos. Tratará de temas relativos ao acesso e qualidade do pré-natal e parto como: consultas, exames diagnósticos básicos e especializados, acesso as maternidades, realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; ambiência adequada dos serviços que realizam partos, oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru); acesso as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera; acesso aos Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares; permanência do Recem nascido ao lado da mãe durante a internação e estímulo à participação do pai; oferta das triagens neonatais (teste do pezinho, olhinho e orelhinha); funcionamento da Central de Regulação Médica das Urgências, oferta de transporte sanitário.

Serão entrevistados usuários, trabalhadores e gestores dos serviços que compõem a rede de atenção materna e infantil, localizada no Recife. A participação na entrevista é voluntária e não remunerada. A recusa em participar da presente pesquisa não implicará em qualquer prejuízo para os sujeitos da pesquisa, sobretudo para os que são usuários do SUS, os quais não terão nenhum prejuízo no atendimento ofertado na unidade de saúde.

A entrevista durará, no máximo, 60 minutos e será, sob sua permissão, gravada. Se houver concordância, o tempo de gravação corresponderá ao tempo da entrevista, no máximo 60 min. Todas as informações obtidas serão confidenciais, não sendo divulgadas para ninguém, e utilizadas apenas para os objetivos da presente pesquisa. Os nomes das pessoas entrevistadas não serão identificados, as quais serão representadas por números. Embora a

entrevista não represente nenhum benefício para o senhor (a), poderá contribuir para a melhoria da assistência materno infantil em Recife.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhaes/ Fundação Oswaldo Cruz.

O senhor (a) pode a qualquer momento, se recusar a responder alguma pergunta, ou retirar o seu consentimento para realização da entrevista, sem que haja constrangimento para nenhuma das partes. Este termo deverá ser assinado em duas vias, com cópia para o (a) senhor (a), e outra para a pesquisadora.

Atenciosamente,

Márcia Andrea Oliveira da Cunha

Aluna do Curso de Doutorado do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. E.mail para contato: marcia_andrea_o@yahoo.com.br; fone: 81 96374410/2101 2672.

Participante:

Nome do entrevistado (a) _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa, e declaro a minha concordância em participar.

Recife, / /

Assinatura: _____

Impressão digital (em caso de necessidade): _____

APENDICE E – ORÇAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) após submissão ao edital Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS REDE - (3ª rodada) e obteve o financiamento descrito na tabela abaixo.

Recursos financiados pela FACEPE para o Projeto Rede Cegonha: análise da implementação da política no Recife, 2011/2015. Continua

Tipo	Item	Qtd	Especificação do Item	Valor Unit.	Valor Total
	Bolsa	2	Bolsa Difusão científica e tecnológica	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00
Capital	Material Bibliográfico	02	Assinatura de jornal	R\$ 500,00	R\$ 500,00
Capital	Material Bibliográfico	50	Livros	R\$ 80	R\$ 4.000,00
Capital	Material Bibliográfico	01	Novo Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa - CD-ROM Nova Ortografia	R\$ 100,00	R\$ 100,00
Capital	Material Bibliográfico	20	Revistas científicas e comerciais	20 R\$	R\$ 400,00
Capital	gravador de voz digital	02	Sony ICD-PX 820 Modelo Novo ICD 3122gb	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00
Capital	Netbook	02	Philco 10C2-P123LM com Intel Atom Dual Core 2GB 320GB LED 10	R\$ 1.000,00	R\$ 2.000,00
Capital	Notebook	02	Samsung com Intel Core i7-3630QM, Tela de 14", 4GB de Memória, 500GB de HD, Saída HDMI, DVD- RW, Windows 8 Home Premium Original-500P4C-AD2.	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
Custeio	Material de consumo		agendas de escritório	R\$ 20,00	R\$ 80,00
Custeio	Material de Consumo	10	Material de Consumo Bisnagas de cola	R\$ 4,00	R\$ 40,00
Custeio	Material de Consumo	10	Blocos de recados auto-adesivos removíveis, mínimo 100 folhas cada pacote.	R\$2,00	R\$ 20,00
Custeio	Material de Consumo	10	Blocos para rascunho	R\$ 3,00	R\$ 30,00

Recursos financiados pela FACEPE para o Projeto Rede Cegonha: análise da implementação da política no Recife, 2011/2015.....Conclusão

Tipo	Item	Qtd	Especificação do Item	Valor Unit.	Valor Total
Custeio	Material de Consumo	30	borracha para apagar lápis gravite	R\$ 2,00	R\$ 60,00
Custeio	CusteioMaterial de Consumo	10	Cadernos grande, tipo universitário, com 100 folhas.	R\$ 30,00	R\$ 300,00
Custeio	Material de Consumo	10	Caixas de grafite, contendo grafites nº 0,7 mm	R\$ 10,00	R\$ 100,00
Custeio	Material de Consumo	8	Cartucho Colorido de Alto Rendimento 12A1985 - Lexmark Código do Produto: 5172160 (42230) cartucho colorido de alto rendimento 12A1985 LEXMARK	R\$ 150,00 R\$	1.200,00
Custeio	Material de Consumo	12	Cartuchos colorido, original	R\$ 100,00	R\$ 1.200,00
Custeio	Material de Consumo	10	Componentes e/ou peças de recomposição de equipamentos.	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00
Custeio	Material de Consumo	2	Pasta fichário	R\$ 25,00	R\$ 50,00
Custeio	Material de Consumo	6	Pendrive16 GB	R\$ 50,00	R\$ 300,00
Custeio	Material de Consumo	20	o Pilhas Alcalinas	R\$ 5,00	R\$ 100,00
Custeio	Material de Consumo	10	Registrador a/z	R\$ 20,00	R\$ 200,00
Custeio	Material de Consumo	4	Suporte para livros	R\$ 80,00	R\$ 320,00
Custeio	Passagens	6	Passagens aéreas Recife-Brasília e Brasília-Recife	R\$ 583,34	R\$ 3.500,04
	Serviço de Terceiros/Pessoa Física	20	Instalação, recuperação e manutenção de equipamentos.	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
Totais Bolsa R\$ 12.000,00 Capital R\$ 13.000,00 Custeio R\$ 11.500,00					

Fonte elaboração da autora

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Título do Projeto: "Rede cegonha: análise da implementação da política no Recife/Pernambuco".

Pesquisador responsável: Márcia Andréa Oliveira da Cunha

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 04/10/2014

Registro no CAAE: 37238014.9.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 978.815

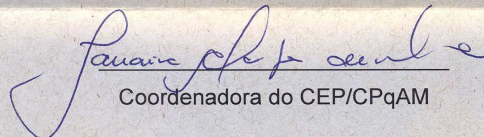
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 11 de fevereiro de 2018.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 17 de março de 2015.


Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE: 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE



**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC nº. 014/ 2015 – DES/UFES/SEGTES/SESAU

Recife, 19 de junho de 2015.

Prezado/a Senhor/a,

Informamos que **Márcia Andrea Oliveira da Cunha**, doutoranda em saúde pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, **está autorizada** a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **“Rede Cegonha: Análise da implementação da Política em Recife/Pernambuco”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição de cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período da coleta de dados: Julho à Setembro/ 2015.

Finalização do projeto: Fevereiro / 2017.

Cordialmente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Ilmo. (a) Sr (a)
Alessandra Araújo
Gerente do Distrito Sanitário I

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO



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, 03 de novembro de 2015.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **ANÁLISE DA POLÍTICA REDE CEGONHA: A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO NO RECIFE, 2011 A 2014**, da pesquisadora **Márcia Andrade Oliveira da Cunha**, aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, oferecido pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM sob orientação do: Profº. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Junior e coorientação da Profª. Dra. Tereza Maciel Lyra nas dependências do Hospital Agamenon Magalhães e Gerência Geral de Atenção à Saúde da Mulher e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

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.

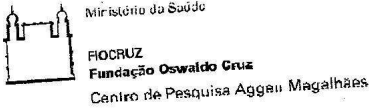
Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação em Saúde

Junta de Educação
em Saúde - SEGEPE
Instituída nº 263.975-4

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

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES



CARTA-ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Direção do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz tem conhecimento e concorda, caso seja aprovado, com o desenvolvimento do projeto de Pesquisa intitulado **“REDE CEGONHA: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA EM RECIFE/PERNAMBUCO.”**, coordenado pela Profa. **Tereza Maciel**, pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva, com duração prevista de 24 meses. Este projeto está sendo submetido ao EDITAL FACEPE/2012 3ª RODADA- PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – REDE/CNPq/FACEPE/SES.

Todas as condições de espaço físico, equipamentos e material de consumo estarão à disposição do mesmo, de acordo com as condições financeiras desta instituição.

Ressalta-se que esta concordância está condicionada aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-CPqAM/Fiocruz, conforme descrito no item 4 do regulamento do edital.

Recife, 18 de setembro de 2013.

[Handwritten Signature]
Dr. Sílvio Landão F...
Diretor
CPqAM

Raído Pompílio de Melo Neto
Vice-Diretor de Pesquisa
Mat. Siqpe 1187253
CPqAM / Fiocruz

Ciente em Recife, 18/09/2013
[Handwritten Signature]