

para  
**Texto**

# discussão

## **ANÁLISE DO ACESSO DAS GESTANTES RESIDENTES NA RIDE-DF ÀS MATERNIDADES PÚBLICAS DO DF**

Anna Karina Vieira da Silva  
Dra. Leila Bernarda Donato Gottens

nº 11/março de 2016  
ISSN 2446-7502

# **ANÁLISE DO ACESSO DAS GESTANTES RESIDENTES NA RIDE-DF ÀS MATERNIDADES PÚBLICAS DO DF**

Anna Karina Vieira da Silva<sup>1</sup>  
Dra. Leila Bernarda Donato Gottems<sup>2</sup>

Brasília-DF, março de 2016

---

<sup>1</sup> Anna Karina Vieira da Silva - mestranda do Programa de Pós-Graduação Stritu Senso em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, e Gestora de Políticas Públicas e Gestão Governamental do GDF, lotada na Secretaria de Estado de Saúde.

<sup>2</sup> Dra. Leila Bernarda Donato Gottems - docente do Programa de Pós-Graduação Stritu Senso em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

---

## Texto para Discussão

Veículo de divulgação de conhecimento, análises e informações sobre desenvolvimento econômico, social, político, gestão e política públicas, com foco no Distrito Federal, na Área Metropolitana de Brasília (AMB) e na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) e estudos comparados mais amplos, envolvendo os casos acima.

Os textos devem seguir as regras da [Resolução 143/2014](#), que regem o Comitê Editorial da Codeplan, e não poderão evidenciar interesses econômicos, político-partidários, conteúdo publicitário ou de patrocinador. As opiniões contidas nos trabalhos publicados na série Texto para Discussão são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, de qualquer maneira, o ponto de vista da Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan.

É permitida a reprodução parcial dos textos e dos dados neles contidos, desde que citada a fonte. Reproduções do texto completo ou para fins comerciais são proibidas.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan

---

Texto para Discussão

TD - n. 11(2016) - . - Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2016.

n. 11, março, 29,7 cm.

Periodicidade irregular.

**ISSN 2446-7502**

1. Desenvolvimento econômico-social. 2. Políticas Públicas  
3. Área Metropolitana de Brasília (AMB). 4. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE).  
I. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. II. Codeplan.

CDU 338 (817.4)

---

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**Rodrigo Rollemberg**  
Governador

**Renato Santana**  
Vice-Governador

**SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO  
E GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL - SEPLAG**  
**Leany Barreiro de Sousa Lemos**  
Secretária

**COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN**  
**Lucio Remuzat Rennó Júnior**  
Presidente

**Antônio Fúcio de Mendonça Neto**  
Diretor Administrativo e Financeiro

**Bruno de Oliveira Cruz**  
Diretor de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas

**Flávio de Oliveira Gonçalves**  
Diretor de Estudos e Políticas Sociais

**Aldo Paviani**  
Diretor de Estudos Urbanos e Ambientais

## RESUMO

A redução da morbimortalidade materna e infantil tem sido um desafio para os gestores da Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE-DF) na busca por estratégias para qualificar o atendimento e melhorar o acesso das gestantes da região. Essa dificuldade se intensifica em um território com características díspares nos aspectos econômicos, sociais, políticos e na extrema desigualdade na oferta de serviços de saúde. A proposição de uma estratégia de organização de fluxos assistenciais pela Secretaria de Estado da Saúde do DF, a partir de 2011, constitui-se em objeto deste estudo, que teve como objetivos: analisar se a implantação da política de atenção materno e infantil modificou o acesso de gestantes residentes na RIDE-DF às maternidades públicas da região, a partir do exame do fluxo de internações das gestantes para o parto; demonstrar por meio de mapas de georreferenciamento os fluxos previstos pelos Planos de Ação da Rede Cegonha dos estados de Goiás, Minas Gerais e DF, bem como os fluxos das gestantes residentes na RIDE-DF antes (2011) e depois (2014) da implantação da Rede Cegonha; e analisar se o acesso das gestantes às maternidades da região mudou e se está de acordo com as normas pertinentes. Método: pesquisa descritiva e exploratória com utilização de métodos mistos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa. Combinaram-se técnicas de análise documental das normas estaduais e federais concernentes à Rede Materna e Infantil no Brasil e à sua implantação na RIDE-DF; análise estatística simplificada dos dados secundários sobre a produção nas maternidades do DF; elaboração de mapas por meio de georreferenciamento para demonstração dos fluxos, considerando os anos 2011 e 2014. Resultados: o ordenamento de fluxos para a assistência ao parto foi implantada na RIDE-DF de forma inovadora, extrapolando os limites geográficos dos dois estados integrantes e DF como condição para a implementação das ações. Além dos esforços de qualificar a atenção prestada, houve um aumento na demanda às maternidades do DF em 42,8%, totalizando acréscimo de 2.830 partos no período considerado. A Região do Entorno Sul foi identificada como a mais dependente, responsável por 60% dos encaminhamentos às maternidades do DF. Entre os municípios, 68% alteraram o fluxo de encaminhamento para o DF, e 72% dos fluxos dos municípios da RIDE DF estão adequados, segundo os critérios estabelecidos nas normas vigentes. Conclusão: houve avanços na implantação de uma política integrada nesse território, na medida em que, a partir da organização dos fluxos das gestantes que residem na RIDE-DF, modificou o acesso às maternidades públicas do DF, diminuindo a peregrinação por um leito em uma maternidade no momento do parto. Contudo, aumentou a sobrecarga no sistema de saúde do DF, o que sinaliza para a necessidade de instrumentos formais bilaterais, fruto de pactuação interfederativa, com maior corresponsabilidade e protagonismo dos municípios, na superação dos vazios assistenciais.

**Palavras-chave:** Regionalização; Acesso aos serviços de saúde; Mapeamento geográfico.

## LISTA DE SIGLAS

Sigla	Descrição
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CGSES/DF	Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
HMIB	Hospital Materno e Infantil de Brasília
HMPA	Hospital Regional do Paranoá
HMPL	Hospital Regional de Planaltina
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Goiás
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMAQ Maternidades	Programa de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIDE-DF	Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno
RM	Região Metropolitana
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIGTAP-SUS	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH/DATASUS	Sistema de Internação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador para gerar informações das bases de dados do SUS
Tabwin/DATASUS	Tab para Windows, do DATASUS
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

# SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE SIGLAS

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Objetivo.....	10
1.2 Objetivos secundários.....	10
2. FUNDAMENTACAO TEÓRICA.....	11
2.1. As Políticas de Atenção Materno e Infantil no Brasil – breve retrospectiva histórica.....	11
2.2. Acesso e acessibilidade a serviços de saúde.....	15
2.3. Regionalização em Saúde .....	16
3. METODOLOGIA.....	19
3.1. Fase 1 - Estudo bibliográfico e documental, relacionado à evolução da Rede materno infantil no Brasil e na RIDE-DF .....	19
3.2. Fase 2 - Coleta de dados e preparo da base para o georreferenciamento.....	20
3.3. Fase 3 - Avaliação da dinâmica e do fluxo das gestantes residentes na RIDE-DF para as maternidades públicas demonstradas por meio do georreferenciamento.....	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
4.1. A Rede de Atenção Materno e Infantil nos estados que compõem a RIDE-DF .....	23
4.2. Análise sobre o acesso de gestantes residentes no entorno às maternidades do DF .....	26
4.3. Os fluxos das gestantes na RIDE-DF.....	29
5. CONCLUSÃO .....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

## 1. INTRODUÇÃO

A antropologia médica, desde os fins dos anos 1970, tem apontado que o parto, por sua riqueza simbólica e por redefinir posições sociais e relações, pode ser considerado como um rito de passagem. Ele marca o início de uma série de mudanças no status da mulher em mãe e redimensionamento das relações familiares (DIAS; DESLANDES, 2006).

Esse momento tão importante na vida da mulher e da família pode ser marcado por alegrias ou dificuldades que, por vezes, culminam em um trágico desfecho. A morte materna, nos países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma epidemia silenciosa. Trata-se de um problema de saúde pública não só pela sua magnitude mas, porque, mais de 90% das causas de morte durante o ciclo gravídico puerperal são evitáveis (TANAKA, 1995).

Os dados sugerem valores mais elevados nas mulheres de menor renda e escolaridade, da raça negra e com pouco acesso à assistência, sendo um importante indicador das condições de vida e injustiça social (MORSE *et al.*, 2011). A atenção à saúde da mulher na gestação, parto e nascimento permanece como um desafio no Brasil, tanto no que se refere à qualidade, propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrados em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (MENDES, 1984).

De acordo com estudos realizados no Brasil, a busca por serviços de saúde pelas gestantes e seus recém-nascidos no momento do parto constitui um grave problema de saúde pública no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa peregrinação torna-se ainda mais grave quando se leva em conta o risco materno e/ou fetal. Neste caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal, encontrados apenas em maternidades de maior complexidade (MENEZES *et al.*, 2006).

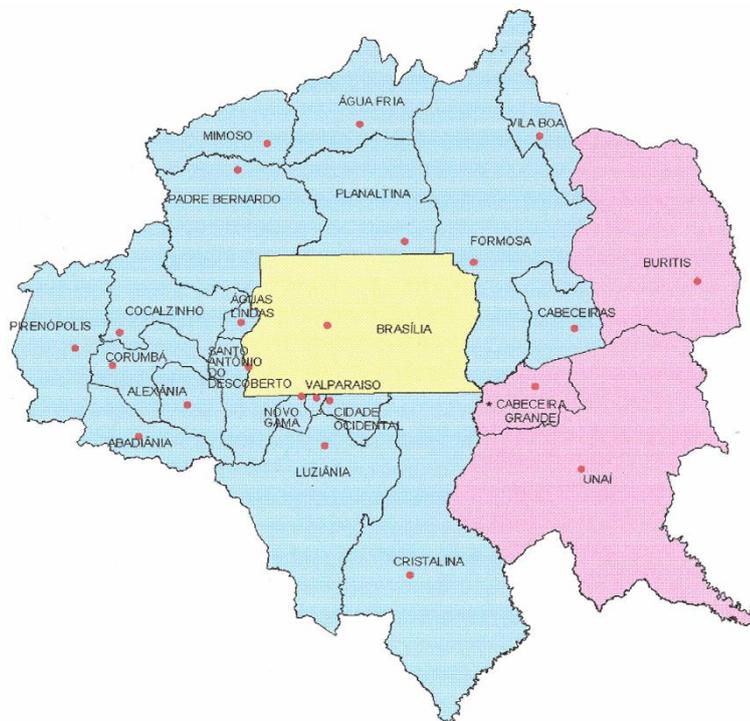
A área materno infantil tem sido um desafio para os gestores da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE-DF) na procura de soluções comuns para diminuir a mortalidade materna por causas evitáveis, melhorar o acesso e qualificar o atendimento prestado às gestantes da região. Esse desafio torna-se ainda maior quando se trata de uma região formada pelo Distrito Federal e dois estados, abrangendo 22 municípios com características e complexidades singulares.

A RIDE-DF, criada pela Lei Complementar (LC) nº 94, de 19 de fevereiro de 1998 e regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 7.469, de 4 de maio de 2011, é uma das três RIDES existentes no Brasil. Ela completa dezessete anos em 2015, sendo a mais antiga do Brasil. Segundo o Ministério da Integração Nacional (2015), o objetivo, ao criar essa Região, foi buscar soluções para os problemas gerados pelo crescimento desordenado de Brasília e de seu entorno, cada vez mais povoado por migrantes em busca de melhores condições de vida.

A RIDE-DF, nos moldes da LC nº 94/1998, está constituída pelos municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso e Vila Boa, no Estado de Goiás, pelos municípios de Unaí e Buritis no Estado de Minas Gerais, e mais o Distrito Federal (BRASIL, 1998). Embora Cabeceira Grande, em

Minas Gerais, não tenha sido citada na lei por reconhecido erro do legislador, esse município será considerado neste trabalho como parte integrante da RIDE-DF, por histórica e geograficamente estar integrado à região.

**Figura 1 - Mapa da RIDE-DF**



Fonte: BRASIL, Ministério da Integração Nacional, 2015

Essa Região, composta por 22 municípios mais o DF, possui um total de 4.129.972 habitantes (IBGE, 2014). O crescimento populacional expansivo, observado na última década, faz com que a definição de políticas públicas para tal região se torne prioritária, uma vez que o DF sofre influência direta em diversos aspectos, afetando as áreas de saúde, educação, transporte, trabalho, assistência social, entre outras.

A RIDE-DF foi, historicamente, marcada pelas desigualdades econômicas e sociais. Em recente publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD BRASIL, 2013), essa região destacou-se por ser uma das que mais reduziu as grandes disparidades sociais nos últimos dez anos. Ocupa hoje a segunda posição no ranking nacional das regiões metropolitanas brasileiras em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O IDHM da região da RIDE-DF e Entorno passou a 0,792 em 2010. Em 2000 era 0,680, o que situa essa Região Metropolitana (RM) na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribuiu para essa elevação foi Longevidade, com índice de 0,857, seguida de Renda, com índice de 0,826, e de Educação, com índice de 0,701 (PNUD BRASIL, 2013).

No que se refere aos indicadores sociais do entorno do DF, observa-se que, entre os municípios, o IDHM é extremamente desigual. Enquanto o IDHM de Valparaíso de Goiás é o maior da RIDE com 0,746, considerado alto, o de Vila Boa é o menor da região, 0,647, considerado médio. Quando comparados o IDHM dos estados de Goiás e do DF, registra-se que Goiás hoje ocupa a oitava posição no ranking nacional, com IDHM de 0,735, enquanto o índice do DF é o maior entre os apurados para todas as unidades da Federação: 0,824 em 2010. Quando considerados como uma região, em conjunto, o índice decresce para 0,792, o que demonstra a disparidade da região.

Ao longo dos anos: 1998 a 2014, várias discussões ocorreram a fim de se buscar um conjunto de ações e medidas que impactassem para a melhoria da qualidade de vida na região. Tudo o que é realizado, tanto no DF quanto no seu entorno mais próximo, influencia a vida da população, que desconhece os limites geográficos e transita em via dupla à procura de melhor qualidade de vida (Mapa da Saúde, GDF, 2013).

Embora haja proximidade geográfica, as políticas públicas desenvolvidas na RIDE-DF restringem-se à delimitação territorial de cada estado, não existindo uma integração efetiva para a elaboração e execução das políticas setoriais. O crescimento da Região Centro-Oeste e a possibilidade de diversificação da economia só irão ampliar essa necessidade de gestão integrada (IPEA, 2013).

Paviani (1996) chama atenção para o fato de que Brasília, como as demais metrópoles latino-americanas, apresenta crescimento urbano impulsionado por dois vetores: o populacional e o das atividades econômicas. Na expansão populacional, tem destaque o incremento vegetativo, coadjuvado por correntes migratórias. Após o autor identificar os problemas da Capital Federal, diz que, “na fase atual, deve-se atentar para as perspectivas quanto à magnitude dos problemas de porte metropolitano” (PAVIANI, 1996).

A falta de empregos e equipamentos urbanos nas cidades que compõem a RIDE-DF gera um movimento pendular cada vez maior em direção à Capital Federal. Essa população desassistida busca por empregos, serviços hospitalares e educação na Capital Brasileira, evidenciando características de “cidades-dormitórios”, em que os residentes trabalham durante o dia fora de sua cidade de origem e retornam durante a noite. A falta de equipamentos urbanos também inclui a precariedade dos serviços de saúde (PINHEIRO, 2007; CODEPLAN, 2010).

Ao comparar a oferta de serviços de saúde do entorno com a do DF, Pires *et al.* (2010) concluem que há insuficiência de leitos e profissionais para a maior parte da população dos municípios e, contraditoriamente, elevada oferta de Unidades de Atenção Primária, que provavelmente funciona de forma precária. A inadequação equitativa da oferta repercute sobremaneira na organização dos serviços para atender os problemas de saúde da região, dificultando o acesso da população. Diante das iniquidades, é de se esperar que a população migre para as cidades mais próximas para tentar resolver suas demandas de saúde, seja Goiânia, Anápolis seja Brasília.

A população da RIDE-DF gera um grande impacto nos números de atendimento prestados nos serviços públicos de saúde do DF. Dados estatísticos produzidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) indicam que, em 2014, aproximadamente 20% das internações e 15% de todas as urgências atendidas na rede do Distrito Federal (DF) foram destinadas a pacientes de fora do DF. Destacam-se os Hospitais Regionais de Santa Maria, Gama e Brazlândia, onde o atendimento aos residentes na RIDE-DF chega a representar 40% do total de atendimentos (GDF, 2015).

A análise dos registros dos atendimentos realizados nos serviços de saúde do DF à população residente na RIDE, a partir dos dados do programa Tab para Windows, do Departamento de Informática do SUS (Tabwin/DATASUS), demonstrou que 32% das causas de internação, em 2014, por capítulo da CID 10, foram de gravidez, parto e puerpério. Esse dado é ilustrativo da relevância que a organização da rede interfederativa de atenção à saúde da mulher adquire no DF e região mais próxima.

Essa foi a iniciativa na qual este estudo se debruça: o Distrito Federal, em 2014, propôs um fluxo de atendimento para as gestantes que residem na RIDE-DF, nas maternidades do DF. Sendo assim, esta pesquisa tem como questão norteadora: a

implantação da Política de Atenção Materno e Infantil (Rede Cegonha) modificou o acesso das gestantes residentes na RIDE-DF às maternidades públicas da região?

### **1.1. Objetivo**

Analisar se a implantação da política de atenção materno e infantil na RIDE-DF modificou o acesso de gestantes às maternidades públicas da região, a partir da análise do fluxo de internações das gestantes para o parto.

### **1.2. Objetivos secundários**

- 1) Demonstrar, por meio de mapas de georreferenciamento, os fluxos das gestantes residentes na RIDE-DF antes da implantação da Rede Cegonha (2011), os fluxos programados/previstos pelos Planos de Ação da Rede Cegonha dos estados de Goiás, Minas Gerais e DF, e os fluxos estabelecidos após a implantação da Rede Cegonha (2014);
- 2) Analisar se, após a implantação da Rede Materno e Infantil na região da RIDE-DF, a partir de 2011, o fluxo de acesso das gestantes às maternidades da região foi alterado e se está de acordo com a legislação pertinente.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. As Políticas de Atenção Materno e Infantil no Brasil – breve retrospectiva histórica

Em 1983, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o primeiro programa integral voltado para a saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de melhorar a saúde da população feminina, abrangendo as necessidades e demandas em todas as fases e ciclos de vida, reduzindo a morbimortalidade. Esse modelo de atenção propunha a integralidade das ações articuladas entre os serviços de todos os níveis de atenção, a valorização de práticas educativas, a informação e o empoderamento da mulher sobre sua saúde, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania, ampliando a capacidade crítica das mulheres (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Esse programa colocou sob responsabilidade pública a reprodução e o planejamento familiar, disponibilizando serviços e tecnologias e respeitando o livre arbítrio do casal. Garantia-se então “o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes conviessem como indivíduos ou como casais” (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A formulação do PAISM pelo MS é considerada uma das maiores conquistas do movimento feminista oriundo do movimento sanitário e da necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde. Incluía as noções de assistência primária, secundária e terciária, os aspectos físicos, emocionais e sociais da saúde, bem como a assistência à mulher desde a infância até a idade mais avançada, e não somente durante o ciclo gravídico-puerperal. Isso veio romper com a ideia do materno-infantilismo, que foca na mulher apenas na condição de mãe (SANTOS, 2008; BRASIL, 2011; SILVA, 2012; DINIZ, 2013).

O foco na educação sobre as relações de poder, sexualidade e regulação da fecundidade aos poucos perdeu espaço para o discurso de acesso ao consumo dos produtos médicos. Quando o PAISM deixou de ser programa e foi redefinido como política, teve suas metas transformadas em lista de condições médicas que necessitam de exames, tratamentos, procedimentos e medicamentos. Enfim, pouco foi feito com relação à preocupação feminista para informar as mulheres sobre suas opções e para questionar as relações de poder e gênero, tanto na rede de saúde pública quanto na particular (DINIZ, 2013). Embora tenham ocorrido avanços em termos de direitos reprodutivos, sua implementação, no entanto, passou por dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa provocasse uma transformação na saúde das mulheres. O reconhecimento dessas limitações levou o Ministério da Saúde (MS) a propor uma nova estratégia para reduzir a mortalidade materna e ampliar as ações direcionadas a essa área de atenção (SERRUYA; LAGO; CECCATTI, 2004).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000 pelo MS, por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho, considera como prioridades: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações de assistência à gestação de alto risco;

incrementar o custeio de procedimentos específicos. Também incluiu outras ações, como a Maternidade Segura e o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além de destinar recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a essa área de atenção e a realizar investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes (BRASIL, 2002; CARDOSO, 2007; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010; SILVA, 2012).

Em 2011, como forma de complementar o PHPN, o governo federal propôs o Programa Rede Cegonha, que tem por objetivos fomentar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta a esse público acesso à Rede, tenha acolhimento e resolutividade, e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Considerando a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil, a proposta da Rede Cegonha foi formulada no contexto da organização de Redes de Atenção à Saúde. Para que isso ocorra, é necessário estabelecer a região de saúde, o que implica definição dos limites geográficos, a população considerada e o rol de ações e serviços que serão ofertados nesse território. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha, a organização dessa rede dar-se-á pela execução de cinco fases. Na primeira, é realizada a apresentação da Rede Cegonha nos Estados, no DF e nos Municípios; a construção da matriz diagnóstica e apresentação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no Colegiado de Gestão da SES-DF (CGSES/DF) e Colegiado de Gestão Regional (CGR); e a homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF (BRASIL, 2011).

Nessa fase, deve ser instituído o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do MS. Esse grupo terá como atribuições mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/ implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2011).

Na segunda fase, são realizados o Desenho Regional da Rede Cegonha, a análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial e da oferta assistencial, análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros.

Esse desenho da Rede Cegonha deve ser pactuado nas instâncias colegiadas, juntamente com uma proposta de Plano de Ação Regional, contendo a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo estado, pelo DF e pelos municípios envolvidos. Na sequência, devem ser elaborados os planos de ação dos municípios integrantes do CGR.

Na terceira fase, deve ser realizada a contratualização dos Pontos de Atenção, sendo observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede. Este é o meio pelo qual o gestor, seja ele o município, o estado, o DF, seja a União, estabelece as

metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais (Brasil, 2011).

Na quarta fase, é realizada a qualificação dos componentes, em observância ao cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da rede, que deverão ser acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais. Na quinta fase, será concedida Certificação pelo MS ao gestor do SUS, anualmente, após a realização das ações de atenção à saúde previstas e avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

De acordo com o manual para implementação da Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE), a Unidade Básica de Saúde também é responsável por informar à gestante sobre o local ao qual está vinculada e para onde ela deve-se dirigir no momento do parto. Essa vinculação tem como referência o local de moradia, a unidade de saúde onde a gestante realiza o pré-natal, e um processo regulatório que promova essa vinculação.

Em caso de procura direta ao hospital/maternidade, a gestante deverá ser acolhida e passar por uma classificação de risco. Ela deve ser atendida na própria unidade ou ser referenciada para outra. Quem acolhe será responsável pela gestante até a garantia de seu atendimento em outra unidade. O transporte intermaternidades será feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ao necessitar de outro tipo de leito, como UTI, em caso de não haver oferta na própria unidade para a mãe e/ou o recém-nascido, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade, cabendo ao SAMU realizar o transporte da gestante (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha propõe as seguintes ações a serem implementadas no componente *parto e nascimento*: incorporação das boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas recomendadas pela OMS; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de equipes que trabalhem de forma horizontal nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de colegiado gestor nas maternidades; ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos; garantia de oferta de leitos obstétricos e neonatais e implementação de centros de parto normal intra e peri-hospitalar (BRASIL, 2011).

Na perspectiva da Rede Cegonha, espera-se que todos os gestores e profissionais de saúde do SUS participem desse esforço e trabalhem para que os pontos de atenção necessários ao cuidado materno-infantil estejam conectados e funcionem em rede. Assim, pretende-se minimizar a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que se busca garantir a integralidade da assistência (CAVALCANTI, 2010; BRASIL, 2011).

Segundo Carneiro (2013), para a rede feminista da saúde, a iniciativa da Rede Cegonha reitera a noção de que a saúde e a pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade, para a chamada “mulher-mala”, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade e, também, a legalização ou descriminalização do aborto.

A despeito das críticas, segundo dados do Ministério da Saúde (2015), esse programa do governo federal, que teve adesão de todos os estados brasileiros e de mais de 4,9 mil municípios, propõe um conjunto de medidas que visa a garantir às mulheres usuárias do SUS o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez, na atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida. Essa rede de cuidados ainda assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo.

Segundo Rattner (2014), a Rede Cegonha representa o avanço no sentido de proteção integral ao processo de gestação-parto-nascimento-puerpério e início da vida, tanto em termos da gestão do cuidado como da gestão do sistema, fazendo parte de uma política nacional ampliada de atenção integral à saúde das mulheres e das crianças. Para a pesquisadora, uma das principais inovações é a diversificação de pontos de atenção, como Centros de Parto Normal, Casa da Gestante de Alto Risco, alojamento para mães de bebês que ficaram internados, entre outros.

Os avanços embutidos na proposta da Rede Cegonha perpassam a gestão do cuidado, incorporando os dispositivos da Política Nacional de Humanização, e indo além da gestão do cuidado. A proposta visa a estruturar a gestão do sistema, com a organização da rede de atenção à saúde perinatal em níveis de assistência regionalizados e hierarquizados, com garantia de vaga a partir do início do pré-natal, diversidade de pontos de atenção, efetividade da regulação e ordenamento do sistema (RATTNER, 2014).

É importante destacar que muitas das ações propostas pela Rede Cegonha em 2011 já estavam garantidas nas Leis Federais nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, bem como já constavam como Objetivos do Milênio, propostos pela ONU em 2000. A referida Lei garante a vinculação da gestante à maternidade desde o início do pré-natal, *in verbis*:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

De acordo com Viellas *et al.*, (2014), embora a vinculação das gestantes às maternidades de referência para atenção ao parto esteja regulamentada desde 2007 e seja uma recomendação da Rede Cegonha para integração dos serviços de atenção pré-natal e ao parto, visando ao acolhimento das parturientes e a garantia de leito para internação, melhorias são necessárias a fim de evitar a peregrinação das gestantes, ainda frequente em muitos locais do país (VIELLAS *et al.*, 2014).

A peregrinação para obter assistência hospitalar na hora do parto traz sérios riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nato. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é um dos problemas identificados na atenção ao pré-natal, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação. Para que o sistema de referenciamento das gestantes funcione efetivamente, acredita-se que seja necessária uma vinculação direta entre as unidades básicas e as maternidades (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011).

A redução da mortalidade materna e infantil continua sendo um grande desafio para o Brasil. É evidente a necessidade de intensificar os esforços para atingir a meta dos

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de reduzir em 3/4 a razão da mortalidade materna em 2015, atingindo um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupos de 100 mil nascidos vivos (PNUD, 2015).

Nesse contexto, alguns autores advertem que, mesmo com os reconhecidos avanços vivenciados no Brasil em várias áreas da oferta de serviços públicos e nos indicadores de saúde materno e infantil, há ainda um longo e difícil caminho, no qual a superação das iniquidades e das desigualdades se apresenta como desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público (SANTOS NETO *et al.*, 2008). O acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e com qualidade são definidores de uma boa assistência.

## 2.2. Acesso e acessibilidade a serviços de saúde

O conceito de acesso é muito utilizado na área da saúde para definir a capacidade de se obter atendimento em uma unidade de saúde pública ou privada. No entanto, essa terminologia pode-se mostrar muito mais abrangente. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo “acessibilidade” como caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo “acesso” como ato de ingressar, entrada, ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Jesus e Assis (2010), ao estabelecerem uma relação entre a definição de acesso do Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa com os serviços de saúde, entendem acesso como “porta de entrada”. Ou seja, o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de suas necessidades e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.

Travassos e Martins (2004) afirmam que “acesso” é um conceito complexo e muitas vezes empregado de forma imprecisa, além de pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto.

O acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias. Em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatava uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso desses serviços. Em 1998, 55% da população afirmava já ter consultado um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, quando comparado aos índices de países mais desenvolvidos, esse número ainda é baixo. Nos EUA, o índice varia em torno de 68% e em países como Alemanha, França e Canadá, chega a mais de 80%. Em 2008, no Brasil, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica (PAIM *et al.*, 2011).

Para Sanchez e Ciconelli (2011), a maior parte da literatura concorda que “acesso” não equivale à simples utilização do serviço de saúde. O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado. Trata-se de um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros. Jesus e Assis (2010) utilizam quatro dimensões, com base no modelo analítico desenvolvido por Giovanella e Fleury (1995), para analisar o termo “acesso” aos serviços de saúde: política, econômica, técnica e simbólica.

A dimensão política considera as relações que se estabelecem entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde, que envolve a possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e a organização social. A dimensão econômica se refere à relação entre oferta e demanda. A dimensão técnica exprime, por um lado, a utilização e as dificuldades do usuário para concretizar o atendimento pretendido e, por outro, a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento, a sua organização (que recursos dispõe), o fluxo, a qualidade e a resolutividade do serviço produzido. A dimensão simbólica é relativa às representações sociais acerca do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender as necessidades dos usuários.

Para Assis e Jesus (2012), a garantia de direito à saúde na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na busca da construção do SUS. Esse enfoque reforça o ponto de vista de que a legalidade de uma proposta não assegura plenamente a sua implementação. Embora se busque assegurar o acesso universal e igualitário, no SUS ainda se convive com a realidade desigual e excludente, persistindo significativas desigualdades entre regiões e municípios brasileiros.

O SUS, que representa um enorme avanço em termos de políticas públicas no Brasil, ainda não foi capaz de fazer face à desigualdade na utilização de serviços, em especial no uso de serviços odontológicos e consultas médicas e na população masculina economicamente ativa. Conhecer as barreiras e aumentar a oferta de serviços com perfil de funcionamento adequado para quem trabalha é fundamental para tentar reduzir as iniquidades observadas. Por outro lado, promover a inserção no trabalho com garantias dos direitos sociais pode contribuir para a melhoria da saúde pública. Assim, a melhora da qualidade de acesso e utilização dos serviços de saúde depende, entre outros fatores, do uso de políticas públicas integradas e efetivas (LOUVISON *et al.*, 2008; GIATTI; BARRETO, 2011).

Para Roesse e Gerhart (2008), a utilização de serviços de saúde depende de inúmeros fatores – acesso geográfico, econômico, funcional e cultural, motivos, trajetórias – que são colocados em prática em função da forma como os usuários percebem seu problema de saúde. Discutir as questões relativas à reorganização do Sistema, além de dotar os serviços de uma racionalidade mais próxima das necessidades dos usuários, permite rever o modelo assistencial (ROESE; GERHARDT, 2008).

### **2.3. Regionalização em Saúde**

O SUS, desde sua criação, em 1988, vem editando normas e diretrizes com a finalidade de organizar os serviços assistenciais em complexidades crescentes, definindo a referência e contrarreferência e as portas de entrada, visando a regular o acesso e a utilização dos serviços disponíveis em redes de serviços (CONASEMS, 2010). Mais de vinte anos após a sua criação, foi publicado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que o regulamentou, acrescentando que o acesso universal, igualitário e ordenado aos serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade dos serviços.

Para assegurar ao usuário acesso universal e ordenado às ações e serviços de saúde, o documento responsabiliza os entes federativos pela pactuação entre si de uma série de requisitos e garantias, como: a transparência, a integralidade, a equidade no acesso; orientação e ordenamento dos fluxos; o monitoramento do acesso e a oferta regional das ações e serviços de saúde (MS, 2011).

A partir do ano 2000, surge no governo federal um novo ciclo de políticas que se fortalece a partir de 2006 com o lançamento do Pacto pela Saúde, que elegeu a

regionalização como um de seus pilares fundamentais. Naquele documento, as regiões de saúde constituem-se em espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (MS, 2006).

Para Mendes (2010), o processo de regionalização deve estar baseado em parâmetros que considerem os espaços e o tempo. A configuração territorial ideal deve incluir um espaço bem definido e gerenciável, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente identificadas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados. Esse território ideal deveria conter uma instituição com capacidade de liderança, mobilização e utilização dos recursos. O território deve permitir a oportunidade de compreender as relações entre os elementos que determinam a saúde e a doença e estabelecer as parcerias para melhorar a saúde da população.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, afirma que a operacionalização da RAs se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. Segundo essa portaria, a região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

O Decreto nº 7.508/2011 reforça os conceitos de regiões de saúde, trazendo novos elementos para a articulação regionalizada e integrada das ações e serviços de saúde no SUS. À medida que orienta a constituição de redes regionalizadas e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, o decreto reafirma o princípio da regionalização em saúde.

Para Godim *et al.* (2008), espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente e suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. O território é também um espaço, porém singularizado. Sempre tem limites que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção e, o mais importante, é portador de poder. – Nele, se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do estado como de seus cidadãos.

Para Santos e Giovanella (2014), na saúde é imperioso que haja gestão compartilhada entre os entes públicos, com planejamento integrado e financiamento tripartite para se conformar uma rede interfederativa. A regionalização, portanto, deve viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada ao cuidado em tempo e local oportunos em qualquer parte do território, guiado por racionalidade sistêmica, que contemple cooperativamente as disparidades na distribuição de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial.

Por outro lado, afirmam Santos e Giovanella (2014), no Brasil, o atraso da regionalização no SUS arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa como impulsiona o Decreto nº 7.508/2011. A ausência de

planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades, fragilizou o papel das esferas estaduais, resultando, desde 1990, em milhares de sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade, sem mecanismos e expertise para conformação de redes intermunicipais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Kuschinir *et al.* (2010) defendem que as regiões de saúde devem ter a função de aglutinar serviços de saúde que poderiam fracionar a garantia do direito à saúde, que deve ser satisfeita de maneira integral. Deve conter determinados atributos, como população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde em diversos níveis de atenção; porta de entrada no sistema de saúde definidos; sistema de governança único para toda a rede. Nesse sentido, ela tem a finalidade de organizar territorialmente as ações e serviços de saúde dos municípios desiguais, com a participação do Estado e da União.

Não há dúvida de que a “organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços”, como determina a Lei Orgânica da Saúde, exige a prática constante da negociação entre as esferas de governo, porque o Brasil é uma Federação. A responsabilidade pela qualidade de vida da população precisa ser compartilhada pelas distintas esferas de governo, por meio de pactos regionais que rompam com as fronteiras físicas das áreas de atendimento, atingindo percepção multilateral do atendimento, ultrapassando as fronteiras estaduais (TREVISAN, 2007).

Nesse sentido, é imperioso se buscarem estratégias para avançar na conformação de mecanismos de regionalização que favoreçam a gestão compartilhada e planejamento de políticas públicas de saúde na RIDE-DF, envolvendo o DF, os estados e municípios, favorecendo uma maior integração e promovendo a articulação de todos os equipamentos de saúde, de forma a garantir aos usuários o princípio da integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Há uma interdependência tal entre os municípios componentes de uma Região de Saúde, que se mostra inevitável a condição das estruturas existentes se conformarem em redes, por onde operam movimentos, fluxos, que não necessariamente respeitam os limites administrativos entre as cidades (PINHEIRO, 2007).

### 3. METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida na forma de investigação descritiva e exploratória, com utilização de métodos mistos que combinam elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa, com o propósito de ampliar e aprofundar o entendimento e a relação entre ambas. Minayo (2005) considera os números como uma das formas explicativas da realidade, como uma linguagem, assim como as categorias empíricas na abordagem qualitativa o são. Reafirma a autora que cada abordagem pode ter seu espaço específico e adequado.

A pesquisa exploratória, por outro lado, permite um conhecimento mais complexo e adequado da realidade (PIOVESAN, 1995). Tem como objetivo possibilitar mais familiaridade com o problema, por torná-lo mais explícito, ou a construir hipóteses, permitindo planejamento bastante flexível, que considere os mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2002).

Dos vários textos que versam sobre esse assunto, destaca-se o de Polit e Hungler (1987) que define o termo “*exploratory research*” como a “*preliminary study designed to develop or refine hypothesis, or to test and define the data collection methods*” e que um “*exploratory study is an extension of descriptive research*”<sup>3</sup>.

A utilização de métodos mistos é definida pelo investigador que coleta e analisa os dados, integra os achados e extrai inferências usando abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos em um único estudo ou programa de investigação. Para Cresswell (2013), os problemas de pesquisa adequados aos métodos mistos são aqueles em que uma fonte de dados pode ser insuficiente, os resultados precisam ser explicados, os achados exploratórios precisam ser generalizados. Nesse caso, um segundo método é necessário para melhorar um método primário, uma postura teórica necessita ser empregada e um objetivo geral da pesquisa pode ser mais bem tratado com fases ou projetos múltiplos.

#### 3.1. **Fase 1 - Estudo bibliográfico e documental, relacionado à evolução da Rede materno infantil no Brasil e na RIDE-DF**

A análise documental sinaliza a construção de um discurso orgânico institucional e aponta para progressiva hegemonia de um dado discurso avaliativo, identificando áreas discursivas e práticas de diferenças e/ou resistências legítimas. Nesse sentido, pode caracterizar paradoxos ou contradições, como a identificação de campos discursivos particulares, ao mesmo tempo em que ressalta o pluralismo e a multiplicidade de dimensões da análise (ROCHA; UCHOA, 2013).

Foram objetos de análise para realização de estudo bibliográfico e documental: (a) publicações técnicas do Ministério da Saúde relacionados à Rede Cegonha; atos normativos que instituíram as RAS, Rede Cegonha, regulamentação de serviços, os Planos de Ação da Rede Cegonha nos estados de Goiás, Minas Gerais e no DF (2012), as diretrizes da Portaria SES-DF nº 47/2013, documentos nacionais de redes de atenção materno infantil e documentos sobre a política de atenção materno e infantil produzidos no âmbito da RIDE-DF, de forma a verificar se esta população está inserida nesse contexto; (b) levantamento

<sup>3</sup> Tradução nossa: “Um estudo preliminar projetado para desenvolver e refinar hipóteses, ou para testar e definir os métodos de recolha de dados” e “estudo exploratório é uma extensão da pesquisa descritiva”.

bibliográfico de artigos científicos e estudos relacionados ao tema, para aprofundamento da referência teórica sobre Saúde da Mulher.

A partir do estudo dos Planos de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal, de Goiás e Minas Gerais, elaborados pelos Grupos Condutores estaduais, foi possível identificar o fluxo definido para o acesso das gestantes residentes nos municípios da RIDE-DF presentes nos documentos. Assim, foram realizadas análise e comparação entre os fluxos naturais e reais, com os fluxos definidos para as gestantes residentes na RIDE-DF existentes nos documentos.

### **3.2. Fase 2 - Coleta de dados e preparo da base para o georreferenciamento**

Para captação dos dados necessários à realização da pesquisa, foi utilizado o sistema TABWIN, que permite a importação de tabulações efetuadas na internet pelo aplicativo TABNET, desenvolvido pelo DATASUS. Para gerar a base de dados com o quantitativo de internações hospitalares de parturientes que se internaram nos hospitais públicos, residentes nos municípios da RIDE-DF, nos anos de 2011 e 2014, para a realização de partos cirúrgicos ou não; foram utilizadas as seguintes variáveis: município de residência na RIDE-DF, município de internação, estabelecimento de saúde, código de procedimento na tabela SIGTAP-SUS relacionadas ao parto (0310010039 Parto Normal; 0310010047 Parto Normal em gestação de alto risco; 0411010034 Parto Cesariano; 0411010026 Parto Cesariano em gestação de alto risco e; 0411010042 Parto Cesariano com laqueadura tubária), ano de ocorrência e frequência do procedimento.

Os dados foram exportados para o *software* Excel 2013, classificados e filtrados para elaboração de planilhas que permitissem melhor visualização, tabulação e análise das informações encontradas e dos aspectos a serem avaliados.

As planilhas elaboradas serviram de base para a elaboração dos mapas de georreferenciamento, por meio do *software* Qantum Gis 2.0.2. Trata-se de um *software* livre que possibilita a transformação de dados tabulares em mapas temáticos; facilita a visualização dos dados; e constrói um banco de dados geográficos passível para estudos direcionados a análises e planejamentos.

Para a construção dos fluxos dentro dos mapas elaborados, foi utilizado o sistema Adobe Illustrator CS6, que possibilita um melhor manuseio por meio de ferramentas de criação de imagem e *layout* para a confecção das linhas que representam os fluxos dentro dos mapas temáticos. Como o objetivo era evidenciar os fluxos demonstrando uma relação entre maiores, médios e pequenos fluxos de mobilidade de gestantes da RIDE para os hospitais do DF ou outros municípios ou em seu próprio município de moradia, foi necessária a utilização de um *software* de manipulação de arte vetorial que facilitasse a criação deste fluxo determinado, que não compreende uma proporcionalidade matemática em si e, sim, uma relação quantitativa apenas para demonstração da intensidade do fluxo ocorrido.

Para Skaba (2004), o georreferenciamento dos eventos de saúde é importante na análise e avaliação de riscos à saúde coletiva, particularmente as relacionadas com o meio ambiente e com o perfil socioeconômico da população. Para essas análises é necessária a localização geográfica dos eventos, associando informações gráficas (mapas) a bases de dados de saúde, alfanuméricas.

### **3.3. Fase 3 - Avaliação da dinâmica e do fluxo das gestantes residentes na RIDE-DF para as maternidades públicas demonstradas por meio do georreferenciamento**

A partir da confecção dos mapas de georreferenciamento, realizou-se a análise apresentada na pesquisa sobre o acesso de gestantes residentes na RIDE-DF, internadas para procedimentos relacionados ao parto, nos anos de 2011 e 2014. Para a análise da dinâmica de fluxo das gestantes, foram utilizados como origem o município de residência das gestantes e o estabelecimento onde os partos foram realizados, buscando-se elementos de comparação entre o programado/previsto nos planos de ação e o que de fato foi registrado nos sistemas oficiais de informações do Ministério da Saúde.

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Este projeto de pesquisa é parte integrante de um projeto já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da FEPECS.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A RIDE não possui regionalização em saúde formalmente instituída. A falta de definição de regiões de saúde dialoga com o discurso de Santos e Giovanella (2014) no que tange à capacidade de gestão dos municípios para viabilizar a implantação das políticas definidas no Estado de Goiás, apesar da proximidade geográfica e intensa relação com o Distrito Federal. A falta de mecanismos e expertise para conformação de redes intermunicipais transforma os municípios em sistemas locais isolados, sem capacidade de articulação horizontal.

Em busca de superar a falta de articulação, o Colegiado de Gestão em Saúde da RIDE-DF, instância colegiada sem representatividade jurídica dos entes, criada para apoiar o desenvolvimento de ações e formulação de políticas públicas de saúde, elaborou uma proposta de regionalização, utilizada como referência na área da saúde. Essa organização territorial, embora informal, é considerada nos diversos documentos produzidos no âmbito das políticas de saúde para essa região (Quadro 1) e apresenta os municípios do entorno divididos em quatro regiões de saúde: Entorno Sul, Entorno Norte, Pirineus e Unai.

**Quadro 1** - Representação de regionalização em saúde na RIDE-DF, municípios e população

Regionalização de Saúde na Ride	Município	População	%
ENTORNO SUL	Cidade Ocidental	62.903	5,40%
	Valparaíso de Goiás	150.005	12,88%
	Santo Antônio	69.000	5,93%
	Águas Lindas de Goiás	182.526	15,68%
	Cristalina	52.235	4,49%
	Luziânia	191.139	16,42%
	Novo Gama	109.899	9,44%
Subtotal em relação a GO		<b>817.707</b>	<b>70,23%</b>
ENTORNO NORTE	Formosa	110.388	9,48%
	Cabeceiras	7.773	0,67%
	Vila Boa	5.371	0,46%
	Planaltina	86.751	7,45%
	Água Fria de Goiás	5.451	0,47%
Subtotal em relação a GO		<b>215.734</b>	<b>18,53%</b>
PIRENEUS	Abadiânia	17.701	1,52%
	Alexânia	25.805	2,22%
	Cocalzinho de Goiás	18.871	1,62%
	Corumbá de Goiás	10.896	0,94%
	Pirenópolis	24.279	2,09%
	Padre Bernardo	30.599	2,63%
	Mimoso	2.723	0,23%
Subtotal em relação a GO		<b>130.874</b>	<b>11,24%</b>
SUBTOTAL GOIÁS em relação ao total da RIDE		<b>1.164.315</b>	<b>28,19%</b>
UNAI	Buritís	24.169	21,33%
	Cabeceira Grande	6.818	6,02%
	Unai	82.298	72,65%
SUBTOTAL MINAS GERAIS em relação ao total da RIDE		<b>113.285</b>	<b>2,74%</b>
SUBTOTAL DF em relação ao total da RIDE		<b>2.852.372</b>	<b>69,07%</b>
TOTAL GERAL DA RIDE		<b>4.129.972</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: IBGE Estimativa pop. 2014, disponível no TABNET/ DATASUS

#### 4.1. A Rede de Atenção Materno e Infantil nos estados que compõem a RIDE-DF

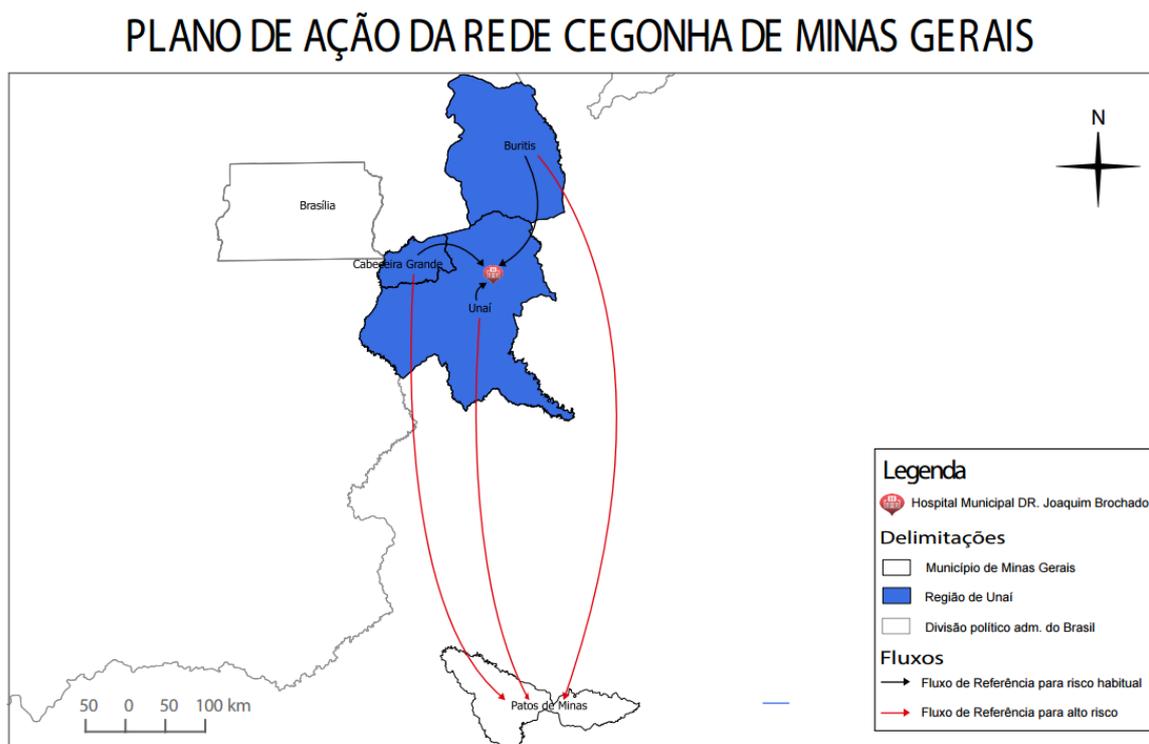
Os três estados que compõem a RIDE-DF realizaram a adesão à Rede Cegonha no ano de 2011. Como requisito previsto para adesão, cada estado teve que elaborar um Plano de Ação Regional e cada município, um Plano de Ação Municipal. Esses documentos são orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como pré-requisito para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação dessa rede de atenção.

Os planos de ação estaduais, conforme Portaria GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, devem conter a análise da situação de saúde da mulher e da criança com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros.

Os planos de ação regional, pactuados no Colegiado de Gestão Regional e no Colegiado Gestor da SES-DF, contêm as definições regionais para referenciamento das gestantes residentes em cada região de saúde, segundo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) do estado. Incluem a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo DF e pelos municípios envolvidos.

Os mapas a seguir contêm as definições de referência para cada município da RIDE a partir de análise dos planos estaduais para se obter a proposta de vinculação das gestantes para cada município.

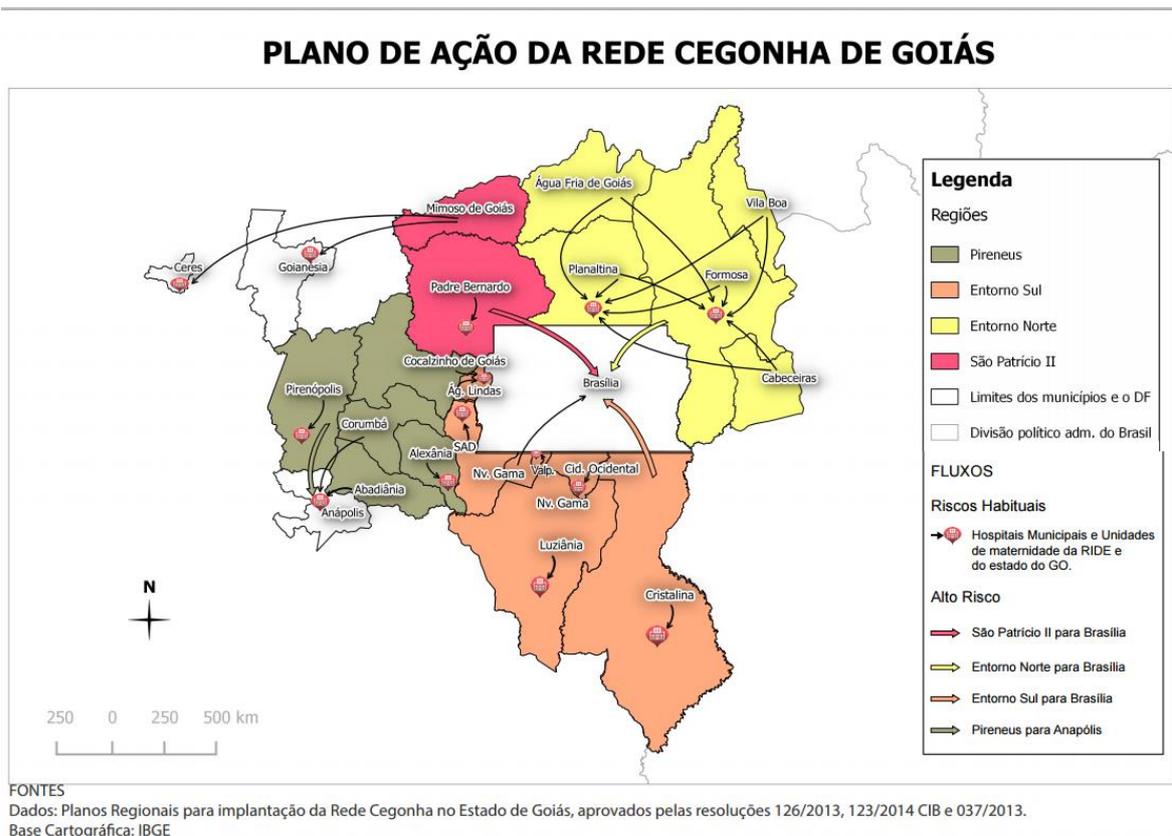
**Figura 2** - Mapa contendo a proposta de referenciamento compreendida no Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Minas Gerais



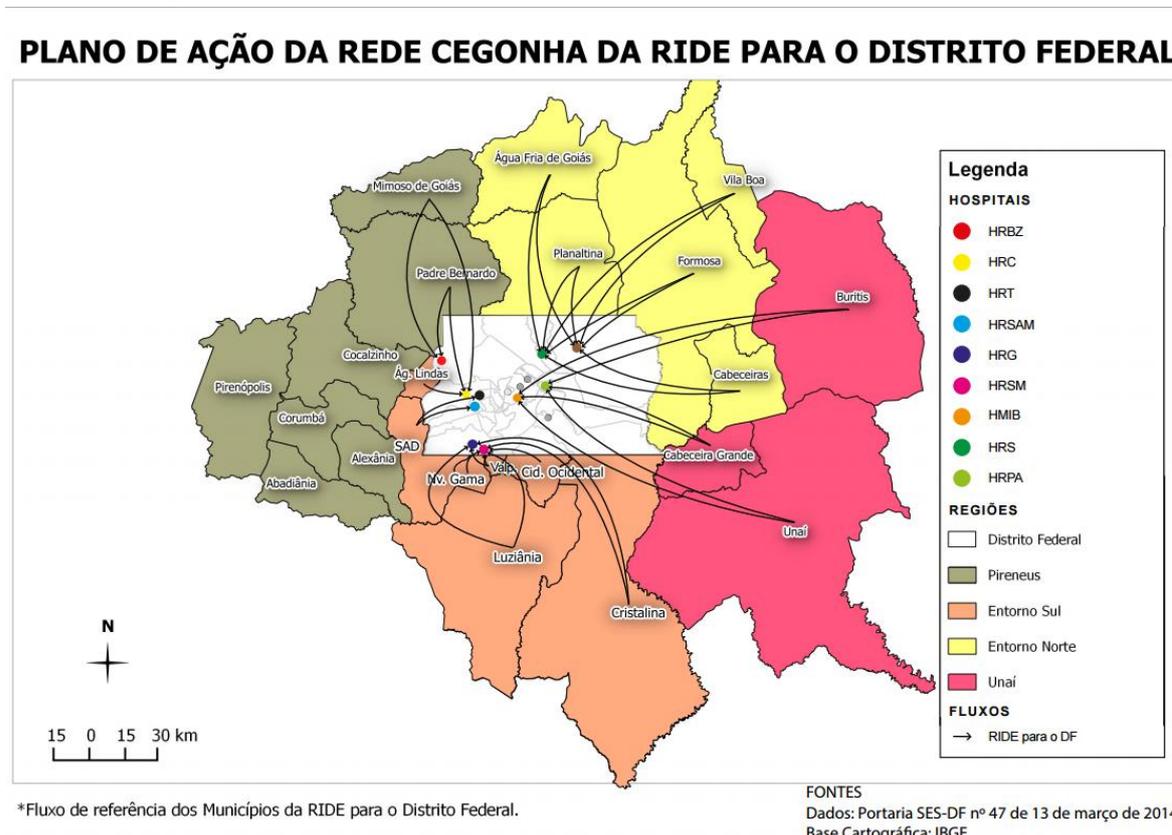
**FONTES**

Dados: Plano de ação da rede cegonha de Minas Gerais. Anexo único da deliberação CIB-SUS/MG N 2.030, de 09 de dezembro de 2014.  
Disponível no site eletrônico: <[www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)>  
Base Cartográfica: IBGE

**Figura 3 -** Mapa contendo a proposta de referenciamento compreendida no Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Goiás



**Figura 4 -** Mapa contendo a proposta de referenciamento compreendida no Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal



Ao se analisarem as propostas demonstradas nos mapas, observa-se que o Plano de Ação do Estado de Minas Gerais considera como referência para vinculação das gestantes apenas os municípios e as regiões de saúde dentro do próprio estado, não tendo o DF como referência para as gestantes mineiras.

A configuração atual do Plano Diretor que define a regionalização em Goiás (PDR/GO) contempla cinco Macrorregiões, 17 Regiões de Saúde e 246 municípios, com variadas distâncias geográficas dos municípios de referência. Assim, o Estado de Goiás elaborou cinco Planos de Ação Regionais para contemplar as cinco macrorregiões de saúde definidas conforme resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB 028, de 28 de fevereiro de 2012. O mapa da Figura 3 representa apenas as regiões de saúde de Goiás, das quais os municípios da RIDE fazem parte.

Ao se compararem os mapas dos planos de ação de Goiás e do DF, observa-se que a divisão de regiões de saúde do Estado de Goiás não é a mesma utilizada para a RIDE-DF e considerada como referência no plano de ação do DF. Nesse caso, existem municípios que fazem parte de uma macrorregião de saúde de Goiás diferente da que pertencem na regionalização da RIDE-DF. Como exemplo, os municípios de Padre Bernardo e Mimoso, que na regionalização de Goiás pertencem à macrorregião de São Patrício, na regionalização da RIDE pertencem à Região de Pireneus.

O Estado de Goiás, apesar de ter elaborado seus planos de forma regionalizada e tendo como referência o PDR do Estado de Goiás, apresenta o DF como referência apenas para casos de alto risco para três das quatro regiões de saúde do estado que possuem municípios que fazem parte da RIDE-DF. Os riscos habituais deveriam ser atendidos no próprio município ou em outro município dentro da macrorregião. Os planos elaborados pelo Estado de Goiás não definem qual deve ser o hospital para a referência no DF. Essa definição está contida em portaria publicada pela SES-DF.

Desta análise, depreende-se a complexidade na implementação de ações em saúde em regiões como a RIDE-DF. Os problemas metropolitanos ultrapassam a jurisdição de um único município, de modo que a sua resolução passa a ser de interesse do(s) outro(s), por ser um problema comum a mais de um município. Para solucioná-lo, é preciso que haja uma interação direta com um ou mais municípios que integram a região metropolitana (IPEA, 2013). Nesse sentido, os estados e municípios acabam por extrapolar seus limites geográficos, tendo como condição para implementação das ações que, por meio de cooperação, incluir e considerar o outro na publicação de portarias e normativas.

Como em outras áreas de interesse comuns à região, a saúde também sofre pelo fato de a cooperação não estar abrigada sob um arcabouço institucional mais robusto. Assim, as ações são esparsas, sendo atendidas as necessidades da população pontualmente. Mais além, essa dispersão das ações dificulta a identificação de responsabilidades e competências de atuação na região, criando uma grande zona cinzenta no processo de planejamento e gestão (IPEA, 2013).

O Plano de Ação da Rede Cegonha elaborado pelo grupo condutor do DF (Figura 4), publicado em 2011, considerou a população da RIDE ao programar suas ações e serviços tanto para fins de cálculo populacional quanto para estimativa de necessidades de leitos e vinculação das gestantes às maternidades do DF.

Em decorrência disso, foi publicada a Portaria nº 47, de 13 de março de 2014, que instituiu o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento para as mulheres gestantes do Distrito Federal e Entorno do DF. Essa vinculação ordena o fluxo de movimentação de referência de gestantes da região que necessitem de assistência no momento do parto e em eventuais intercorrências clínicas durante o acompanhamento pré-

natal, garantindo a vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto. Nesse mapa, ilustrado na Figura 4 é possível visualizar a proximidade geográfica entre os municípios da RIDE e os hospitais definidos como referência pela normativa.

A Portaria determina que toda gestante deve ser informada sobre o hospital de referência na ocasião da inscrição do pré-natal e em cada encontro. Mesmo nas atividades educativas, ela deve ser lembrada do seu hospital de referência, o qual deve ser registrado no cartão de pré-natal de cada usuária (BRASIL, 2011; GDF, 2014).

Ainda dentro das recomendações e dos fluxos descritos no Mapa de Vinculação estabelecido por essa portaria, o processo de movimentação da gestante entre unidades de atendimento admitir-se-á como norma a “Vaga Sempre”. Por meio dessa norma, definiu-se que toda gestante, em qualquer idade gestacional, que tenha critério de admissão para atendimento em regime de internação hospitalar, seja primariamente internada na unidade hospitalar de sua referência, ou, não havendo essa possibilidade por qualquer motivo, que isso ocorra em outra unidade da rede (GDF, 2014).

O que se observa a partir dos mapas e da proposta contida nos planos de ação propostos pelos estados, é que, na RIDE-DF, não se aplica o processo de regionalização proposto por Silva (2014). Para esse autor, a definição de territórios é um dos principais atributos do SUS para promover a ampliação do acesso e fortalecer os princípios de universalidade e equidade. Regionalizar implica a construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e financiamento da rede de serviços dentro de um território, em um processo contínuo de negociações de toda natureza (SILVA, 2014). Em função dessa dificuldade de construção coletiva, o atendimento dos princípios da Rede Cegonha, especialmente a vinculação das gestantes para evitar a peregrinação ante parto torna-se inviável.

#### **4.2. Análise sobre o acesso de gestantes residentes no entorno às maternidades do DF**

Os dados secundários que subsidiaram este estudo foram extraídos dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde e referem-se ao quantitativo de partos realizados nas maternidades públicas do DF e municípios da RIDE-DF nos anos de 2011 e 2014. Esses dados foram filtrados por origem nos municípios da RIDE, por local onde o parto foi realizado e por ano de ocorrência. Para fins de análise, considerou-se o número de partos ocorridos nas maternidades públicas do DF ou municípios da RIDE-DF no ano de 2011, antes da implantação da Rede Cegonha na RIDE e, em 2014, após a implantação, para análise da variação e dinâmica ocorridas.

No ano de 2011, os dados demonstram que do total de 10.837 partos realizados em gestantes residentes nos municípios goianos e mineiros pertencentes à RIDE, 61% (6.614) ocorreram no DF, 29% (3.109), em Goiás e 10% (1.112), em Minas Gerais. Em 2014, do total de 13.417 nascimentos, 70% (9.444) ocorreram no DF, 22% (2.966), em Goiás e 7% (1.002), em Minas Gerais. Esse incremento de 2.830 partos, em 2014, representa um aumento de 43% no número de partos realizados em gestantes residentes na RIDE nos hospitais do DF em 2014. Nota-se com isso que, enquanto aumentou o número de partos de residentes na RIDE no DF, houve consequente diminuição da demanda para os estados de Goiás e Minas Gerais.

Do total de partos realizados nos serviços do DF, comparando-se os dados de 2011 e 2014, observa-se um incremento de 400 partos no total. Em 2014, foram realizados 39.426 partos no DF e, em 2011, 39.026.

No entanto, em relação aos partos realizados nas maternidades do DF em gestantes residentes na RIDE, no ano de 2014, foram 9.444 partos, enquanto em 2011 foram 6.614 partos (Tabela 2). Esses números demonstram que em um contexto mais global, houve um incremento de 42,8% do total de partos realizados, ou seja, foram 2.830 partos a mais em 2014 do que no ano de 2011. Enquanto em 2011 a RIDE representava 17% do total de partos realizados no DF, em 2014, esse número subiu para 24% do total.

A capacidade instalada dos hospitais da SES-DF para a realização de partos era de 538 leitos obstétricos em 2011 e 585, em 2014 (CNES/DATASUS, 2015). Nesse sentido, observa-se que esse incremento de leitos e a formalização dos fluxos podem ter ampliado o acesso das mulheres da RIDE aos serviços de saúde do DF para realização dos partos. Contudo, o incremento de partos também pode ter sido ocasionado pela taxa de crescimento anual da população da RIDE, que tem sido maior que a do DF. Cita-se que, no período de 2000/2010, a RIDE-DF registrou uma taxa de crescimento anual da sua população de 2,33%, bastante próxima à taxa do DF, 2,28% ao ano. Nesse período, tanto a RIDE-DF quanto o DF apresentaram taxas mais elevadas que as do Estado de Goiás, 1,84%, do Centro-Oeste, 1,91% e do Brasil, 1,17%. O grupo de municípios com taxas superiores ou próximas à da RIDE-DF e do DF é composto por: Águas Lindas de Goiás 4,19%, Vila Boa 3,72%, Valparaíso de Goiás 3,44%, Cidade Ocidental 3,31%, Abadiânia 3,24%, Cristalina 3,16%, Padre Bernardo 2,55%, Novo Gama 2,48%, Formosa 2,44% e Luziânia 2,15%. Esses municípios pertencem predominantemente aos grupos de maior dependência do núcleo metropolitano (IPEA, 2013).

O crescimento populacional anual não vem sendo acompanhado pela ampliação de serviços de saúde. De acordo com dados do IPEA (2013), em 2010, a população da RIDE não chegava a 3,5 milhões de habitantes. Em 2014, essa população já passava de quatro milhões de habitantes. De acordo com o CNES/DATASUS, dos 19 municípios de Goiás, apenas seis possuem leitos obstétricos públicos. Em Minas Gerais, dos três municípios que compõem a RIDE, dois possuem leitos obstétricos, porém sem serviços de alta complexidade como UTI materna e neonatal.

Em relação ao tipo de parto ocorrido, de acordo com a OMS, desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm-se tornando cada vez mais frequentes, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (WHO, 2015). No Distrito Federal, de acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2014, a taxa de partos cesarianos em 2014 representou 54% do total de partos realizados, um pouco abaixo da média nacional que é de 55,6% (SES-DF, 2015).

Em se tratando apenas de residentes na RIDE-DF, dados extraídos do TABnet/DATASUS demonstraram que o percentual de partos normais realizados em 2011 foi de 62% do total, aumentando para 64% em 2014. O percentual de partos normais em gestantes residentes na RIDE-DF supera em muito o cesariano, sendo maior quando comparado às gestantes residentes no DF, apesar de os percentuais identificados ainda estarem longe das taxas preconizadas pela OMS de 10 a 15% de partos cesarianos (WHO, 2015).

Observa-se com isso que, apesar do Plano de ação definido por Goiás (Figura 3) referenciar apenas as gestantes de alto risco para o DF, esses dados demonstram que a maior quantidade de partos realizados é de partos normais, que poderiam em tese ser realizados no próprio município de residência da gestante, atendendo ao proposto no referido Plano.

A demanda de gestantes oriundas dos municípios da RIDE-DF aos hospitais da SES, para a realização do parto, representa um grande impacto no atendimento dos hospitais da

SES-DF. Em alguns hospitais, como é o caso do Hospital Regional do Gama, cerca de 58% de toda a demanda da maternidade para parto é de gestantes residentes no entorno. A Tabela 1 demonstra o quantitativo de partos realizados nos Hospitais da SES-DF nos anos de 2011 e 2014.

**Tabela 1** - Comparação entre quantitativo de partos, por hospital na SES-DF, em 2011 e 2014

Descrição	Total	%	% AC
<b>2011</b>			
Hospital Regional do Gama	2.913	44,04%	44,00%
Hospital Materno Infantil	857	13,00%	57,00%
Hospital Regional de Brazlândia	779	11,80%	68,80%
Hospital Regional de Santa Maria	481	7,30%	76,10%
Hospital Regional de Taguatinga	423	6,40%	82,40%
Hospital Regional de Planaltina	374	5,70%	88,10%
Hospital Regional de Samambaia	205	3,10%	91,20%
Hospital Regional de Sobradinho	185	2,80%	94,00%
Hospital Regional da Asa Norte	167	2,50%	96,50%
Hospital Regional da Ceilândia	141	2,10%	98,70%
Hospital Universitário de Brasília	88	1,30%	100,00%
Instituto de Cardiologia do DF	1	0,00%	100,00%
Hospital Regional do Paranoá	0	0,00%	100,00%
Unidade Mista de São Sebastião	0	0,00%	100,00%
Subtotal 2011	<b>6.614</b>	<b>100,00%</b>	
<b>2014</b>			
Hospital Regional do Gama	2.274	28,80%	28,80%
Hospital Regional de Santa Maria	2.146	22,70%	22,70%
Hospital Materno Infantil	1.037	11,00%	11,00%
Hospital Regional da Ceilândia	766	8,10%	8,10%
Hospital Regional de Brazlândia	685	7,30%	7,30%
Hospital Regional de Planaltina	535	5,70%	5,70%
Hospital Regional de Samambaia	399	4,20%	4,20%
Hospital Regional de Taguatinga	346	3,70%	3,70%
Hospital Regional de Sobradinho	281	3,00%	3,00%
Hospital Regional do Paranoá	192	2,00%	2,00%
Hospital Universitário de Brasília	146	1,50%	1,50%
Hospital Regional da Asa Norte	145	1,50%	1,50%
Unidade Mista de São Sebastião	42	0,40%	0,40%
Subtotal 2014	<b>9.444</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: TABWIN/DATASUS

De acordo com os dados (Tabela 1), em 2011, o principal hospital no DF demandado pelas residentes no entorno para realização de partos foi o Hospital Regional do Gama, com 44% de todo o atendimento, seguido do Hospital Materno e Infantil de Brasília (HMIB), com 13%, e o Hospital Regional de Brazlândia, com 11,8%. Essas três unidades juntas acumularam 68% do total de partos de residentes na RIDE realizados nas maternidades públicas do DF em 2011. Em 2014, o Hospital Regional do Gama permaneceu como principal demandado, absorvendo 28,8% da demanda, que passou a ser compartilhada com o Hospital Regional de Santa Maria, inaugurado em 2011, que assumiu 22,7% do total, seguido do Hospital Materno Infantil, com 11%, e Hospital Regional de Ceilândia, com 8%.

Em relação à origem da demanda, observa-se na Tabela 2 que a região do Entorno Sul é a mais dependente dos serviços do DF. Em 2014, 93% dos partos dessa região foram realizados nos serviços públicos do DF e apenas 7%, no Estado de Goiás, enquanto o

Entorno Norte e Pireneus encaminharam para o DF cerca de 33% de sua demanda em 2014.

Assim, observa-se que, enquanto a maioria das gestantes residentes nas regiões do Entorno Norte e Pireneus realizou o parto dentro do próprio Estado de Goiás, as gestantes residentes no Entorno Sul foram quase sempre encaminhadas para o DF em 2014. Essa observação corrobora o diagnóstico identificado no plano de ação para a região da RIDE, elaborado pelas câmaras técnicas do Colegiado de Gestão da RIDE, no qual foram apontadas a precariedade dos serviços e a necessidade de se realizar investimentos, principalmente nos municípios do entorno sul, de forma a impactar na resolutividade dos serviços de saúde da região (GOIÁS, 2010).

A região de Unaí, que contempla os três municípios mineiros, tem grande parte da demanda resolvida no próprio Estado de Minas Gerais, encaminhando para o Distrito Federal apenas parte de sua demanda, 14%.

**Tabela 2** - Total de partos realizados nos estados de Minas Gerais, Distrito Federal e Goiás por região de saúde da RIDE

Região	Ano	Unidade da Federação								Total
		MG		DF		GO		Outros		
		Partos	%	Partos	%	Partos	%	Partos	%	
ENTORNO UNAÍ	2011	1.105	92%	90	8%	0	0%	1	0%	1.196
	2014	1.001	86%	163	14%	3	0%	0	0%	1.167
ENTORNO NORTE	2011	2	0%	580	24%	1.808	76%	0	0%	2.390
	2014	1	0%	884	34%	1.687	66%	1	0%	2.573
ENTORNO SUL	2011	5	0%	5.686	92%	494	8%	0	0%	6.185
	2014	0	0%	8.051	93%	580	7%	3	0%	8.635
ENTORNO PIRENEUS	2011	0	0%	258	24%	807	76%	1	0%	1.066
	2014	0	0%	346	33%	696	67%	1	0%	1.043
<b>Total</b>	2011	1.196	10%	6.614	61%	3.109	29%	7	0%	10.926
	2014	1.167	7%	9.444	70%	2.966	22%	5	0%	13.582

Fonte: TabWin

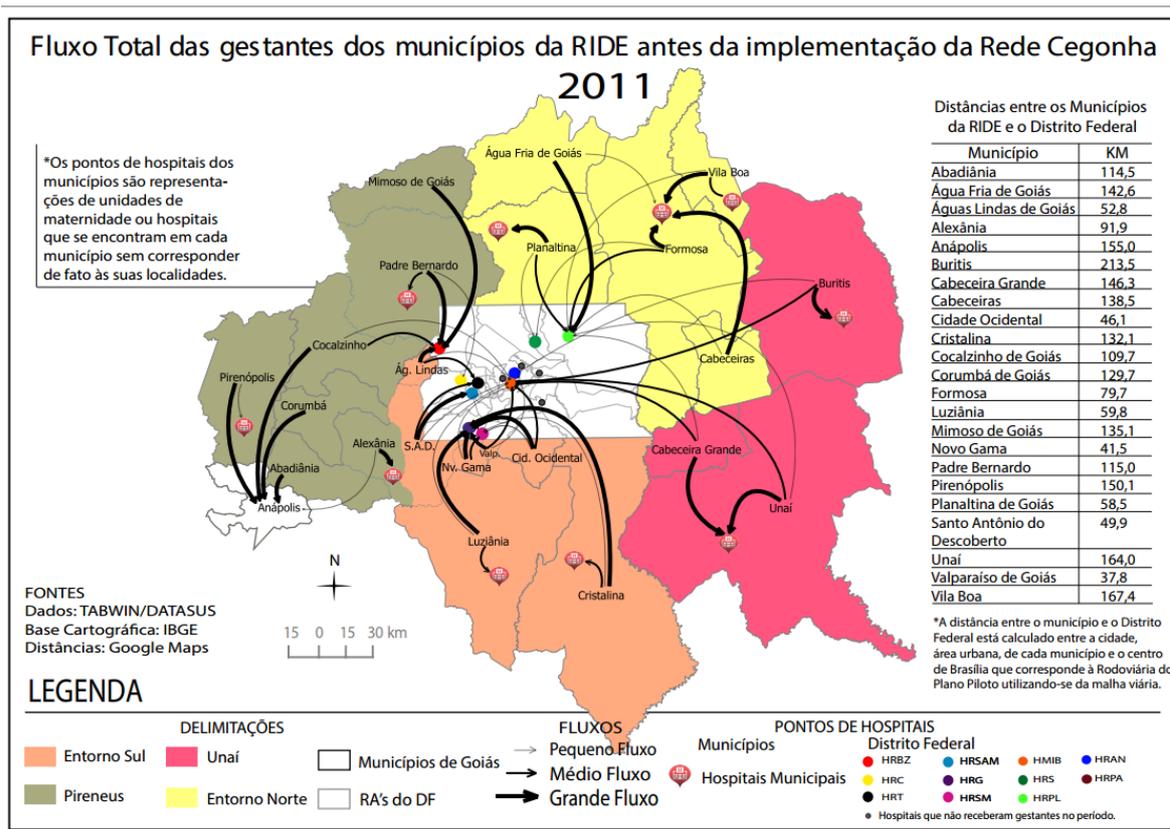
Contudo, conforme demonstrado na Tabela 2, em 2014, todas as regiões de saúde da RIDE aumentaram os percentuais de encaminhamento de gestantes para o DF, quando comparadas com o ocorrido em 2011.

### 4.3. Os fluxos das gestantes na RIDE-DF

A partir do quantitativo e do local de realização dos partos realizados, em 2011 e em 2014, em gestantes residentes nos municípios que compõem a RIDE, foi elaborada planilha de dados que deu origem aos mapas a seguir apresentados. Foram elaborados dois mapas: um que representa a dinâmica ocorrida em 2011 (Figura 5) e outro em 2014 (Figura 6). Com isso, é possível realizar a comparação entre os fluxos ocorridos em 2011, antes da implantação da Rede Materno e Infantil na RIDE, com a publicação da Portaria nº 47/2013 e, em 2014, após a publicação dessa portaria, que instituiu o mapa de vinculação.

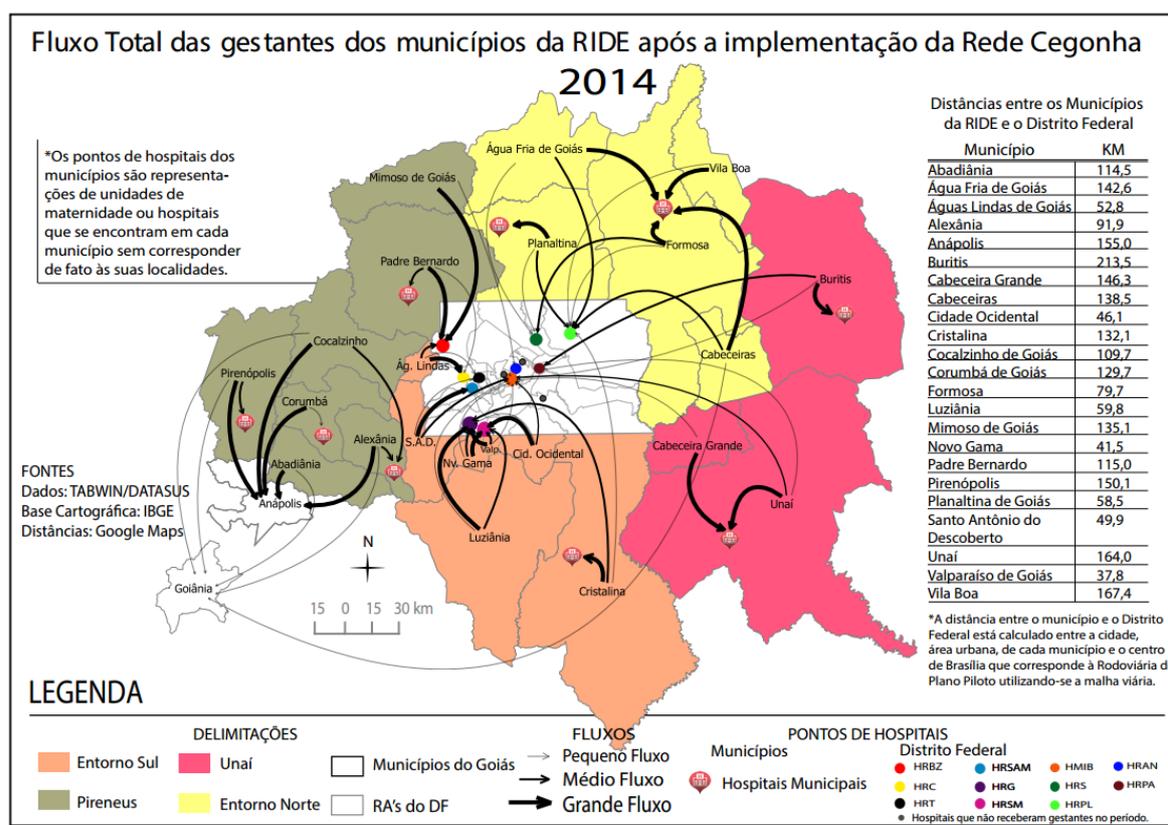
Os mapas construídos a partir de técnicas de georreferenciamento ilustram os fluxos de gestantes residentes nos municípios da RIDE para as maternidades onde realizaram o parto antes da implantação da Rede Cegonha (2011) e após a implantação (2014).

Figura 5 - Mapa de fluxo de gestantes residentes na RIDE para realização de parto no ano de 2011



É possível observar claramente no mapa da Figura 6 a diminuição do fluxo para o HMIB, bastante demandado em 2011. De acordo com o proposto nos planos, na definição para a referência, respeitou-se a proximidade geográfica entre os municípios da RIDE e os hospitais do DF onde ocorreram os partos em 2014.

Com exceção de Padre Bernardo e Mimoso de Goiás, municípios pertencentes à Região de Pireneus, geograficamente mais longe de Anápolis e mais próximos do DF, que utilizaram o Hospital Regional de Brazlândia como referência em 2011 e 2014. Os demais não utilizaram o Distrito Federal como primeira referência para o parto, nem em 2011 nem em 2014. Essa região não possui tanta dependência dos serviços de saúde do DF como as demais, conforme já demonstrado (Tabela 2).

**Figura 6** - Mapa de fluxo de gestantes residentes na RIDE para realização de parto no ano de 2014

A região do chamado Entorno Sul concentra os municípios mais populosos, com 70% da população dos municípios da RIDE. Nessa região, observa-se o fluxo para apenas uma unidade de saúde do Estado de Goiás entre as sete maternidades da RIDE que realizaram partos, apontadas no mapa de 2014. Pode-se afirmar, por meio dos dados de internação no DF, que mais de 60% de toda a demanda da RIDE para o DF é originária dessa região.

Ao analisarmos o fluxo ocorrido entre 2011 e 2014 na RIDE, observa-se que a inauguração do Hospital Regional de Santa Maria teve grande influência na mudança ocorrida. Quatro dos sete municípios da região do entorno sul passaram a considerar o Hospital Regional de Santa Maria como referência para o parto, no ano de 2014.

Os sete municípios que integram a região do entorno sul alteraram seus fluxos de 2011 para 2014. Merece destaque o Município de Luziânia que, em 2011, absorvia parte de sua demanda e, em 2014, passou a realizar todos os partos no DF. Em contrapartida, Cristalina, que em 2011 encaminhava a maior parte de sua demanda para o Distrito Federal, passou a absorver a maior parte e referenciar a menor parte para os Hospitais do Gama e Planaltina.

Para os três municípios de Minas Gerais, observa-se nos mapas que, embora o Plano de Ação do estado tenha proposto como referência para as gestantes da região os municípios de Unai ou Patos de Minas, as gestantes utilizaram como referência, em 2011, os hospitais HMIB e HRPL. Já em 2014, o fluxo passou a ser para o HMIB ou HRP, conforme definido no mapa de vinculação proposto pela SES-DF, onde se definiu que, em caso de parto ou intercorrências, as gestantes desses municípios se dirigissem para o Hospital Regional do Paranoá ou, no caso da gestante estar com gestação abaixo de 32 semanas, se dirigissem ao HMIB.

Em relação aos municípios de Goiás, observa-se que o Plano de Ação definido pela SES-GO traz como referência para os municípios do Entorno Norte que se dirijam prioritariamente aos municípios de Formosa ou Planaltina/GO e, no caso de gestação de alto risco, ao Distrito Federal. Já o fluxo definido pelo DF determina que os cinco municípios se dirijam ao Hospital Regional de Planaltina e, no caso de gestação inferior a 32 semanas ou intercorrências, dirijam-se ao Hospital Regional de Sobradinho (HRS). Observa-se que essa mudança ocorreu da forma proposta ao se analisarem os fluxos mais intensos advindos da região do Entorno Norte, ou seja, os municípios com maior quantidade de partos ocorridos. Em 2011, a maior quantidade de partos ocorreu em Formosa/GO e Planaltina/GO. Em 2014, o comportamento permanece semelhante, porém o Município de Formosa alterou o fluxo para o DF, passando a utilizar Sobradinho como referência e não mais Planaltina, como ocorreu em 2011.

Ainda na região norte cabe destacar o Município de Água Fria, que, em 2011, teve mais partos realizados no DF do que em Formosa/GO; e em 2014, o contrário, teve mais partos em Formosa que no Distrito Federal, seguindo o preconizado no Plano de Ação de Goiás.

Para proceder à análise proposta neste trabalho sem precisar descrever caso a caso, foi construída uma matriz com o objetivo de identificar, considerando os anos de 2011 e 2014, os locais de partos de cada município integrante da RIDE-DF, hierarquizando-os em ordem decrescente, até o terceiro mais frequente. A partir dessa matriz, foram realizadas comparações entre os fluxos estabelecidos nas normativas vigentes de cada estado, de forma a buscar a coerência estabelecida com os planos estaduais da rede cegonha, e para analisar se houve ou não alteração dos fluxos ocorridos nos anos de 2011 e 2014. Além disso, buscou-se correlacionar os fluxos com as normativas vigentes.

Considerou-se nessa análise como ocorrência de mudança de fluxo quando demonstrada diferença de unidades de saúde na ordem estabelecida entre os três primeiros observada no ano de 2011 e o que foi observado no ano de 2014, de forma comparativa. Caso tenha havido alteração na ordem de referência das unidades pelo quantitativo de partos no ano de 2014, mesmo que permaneçam as mesmas unidades de 2011, também foi considerado como mudança de fluxo. Outro parâmetro analisado foi se o fluxo de 2014 está de acordo com a proposta de vinculação definida pelo DF para os municípios do entorno e com a proposta contida nos planos de ação da Rede Cegonha dos estados de Goiás e Minas Gerais, além da Portaria SES-DF nº 47/2013. Para todos os casos analisados no período de 2014, havendo mudança de fluxo ou não, será observado se o fluxo estabelecido está consonante com as normas vigentes.

**Quadro 2** - Matriz de Análise dos Fluxos Estabelecidos para as Gestantes da RIDE-DF, considerando os locais de partos realizados nos anos de 2011 e 2014

UF	Região de Saúde	Município	Modificou	Não Modificou	Adequado à Norma	Normativa	
Minas Gerais	Unai	Buritís	X		X	PT 47 + PLANO MG	
		Cabeceira Grande		X	X	PT 47 + PLANO MG	
		Unai		X	X	PT 47 + PLANO MG	
Goiás	Entorno Norte	Água Fria	X		X	PT 47 + PLANO GO	
		Formosa	X		X	PT 47 + PLANO GO	
		Planaltina		X	X	PT 47 + PLANO GO	
		Cabeceiras		X	X	PT 47 + PLANO GO	
		Vila Boa	X		X	PT 47 + PLANO GO	
	Entorno Sul	Cidade Ocidental	X			PARCIALMENTE ADEQUADO PT 47	
		Valparaíso	X			PARCIALMENTE ADEQUADO PT 47	
		Santo Antônio	X			PARCIALMENTE ADEQUADO PT 47	
		Águas Lindas	X			PT 47 + PLANO GO	
		Cristalina	X		X	PT 47 + PLANO GO	
		Luziânia	X		X	PT 47	
		Novo Gama	X			PT 47 + PLANO GO	
	Pireneus	Abadiânia			X	X	PLANO GO
		Alexânia	X			X	PLANO GO
		Cocalzinho de Goiás	X			X	PLANO GO
Corumbá de Goiás				X	X	PLANO GO	
Pirenópolis		X			X	PLANO GO	
Padre Bernardo				X	X	PT 47	
Mimoso		X				PARCIALMENTE ADEQUADO PT 47	

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a análise realizada a partir da matriz elaborada (Quadro 2), do conjunto de 22 municípios integrantes da RIDE DF, 68% deles, ou seja, 15 municípios tiveram o seu fluxo de encaminhamento modificado segundo os critérios de análise e sete não sofreram modificações, considerando a comparação entre os anos de 2011 e de 2014. Vale destacar que sete municípios não modificaram os fluxos de 2011 para 2014, mas já estavam adequados às normativas propostas nos planos de ação.

Em relação ao conjunto dos municípios da RIDE DF que estão adequados às normas vigentes de ordenamento do fluxo de encaminhamentos para a realização de partos em maternidades do DF, GO e MG, após análise concluiu-se que, no ano de 2014, 72% do total, ou seja, 16 municípios estão adequados, segundo os critérios estabelecidos.

Observou-se, a partir da análise realizada, que se trata de uma proposta pioneira de política de saúde materna e infantil integrada para a região da RIDE, fruto da articulação de equipes técnicas dos dois estados, Goiás e Minas Gerais. Os Planos de ação para operacionalização dessa rede, propostos pelo Distrito Federal e por Goiás, que consideraram o DF como referência para o atendimento às gestantes residentes no entorno do DF, obtiveram êxito no ordenamento do fluxo praticado em 2011 e o praticado em 2014.

Considera-se esse resultado um avanço para a região, por ser fruto de iniciativas tomadas pelas diferentes unidades da Federação, em especial do DF, que ousou redesenhar os seus fluxos internos incluindo os municípios da RIDE, em uma proposta de aproximação com os municípios da região que dependem das maternidades do Distrito Federal (GDF, 2014). Observa-se, com isso, que é possível produzir avanços na definição de políticas de saúde para a Região, com maior integração e compartilhamento de ações

com os municípios que constitucionalmente possuem maior proximidade e corresponsabilidade na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. No arcabouço legal e teórico do SUS, a implementação e a gestão do sistema são também obrigações das municipalidades, que devem trabalhar integradas às demais esferas de governo na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde (PEREIRA *et al.*, 2004).

Trata-se de uma inovação na forma de gestão do SUS na região, que ainda requer a adoção de instrumentos e estratégias de comunicação que possam contribuir para divulgar as informações existentes: palestras, *folders*, cartazes, aplicativos para *smartphones*, *tablets*, computadores, além de veículos tradicionais como rádio e TVs que possam contribuir para a ampla divulgação da proposta.

Apesar disso, observou-se que a implantação da Rede Materno e Infantil na região alterou o fluxo usualmente praticado, de forma que a proporção de internações para o parto que acontecem de forma diferente das normativas vigentes é bem inferior à que segue as normativas.

Nesse sentido, pensar no território da RIDE como mera delimitação de uma área geográfica não reconhece os processos e territorialidades que muitas vezes transgridem o limite imposto por uma determinação cartorial. Assim, repensar o compartilhamento das ações e discutir conjuntamente entre os três estados com maior protagonismo dos municípios proporcionará a mudança na forma atualmente praticada, fazendo com que surjam estratégias de melhoria possíveis.

Para discutir os desafios e vislumbrar caminhos técnico-jurídicos para a gestão do sistema de saúde nessa região, Azevedo e Alves (2010) sugerem a criação de um desenho institucional para a gestão da RIDE, que requer pactuação territorial, politicamente construída, que conte com mecanismos inclusive financeiros, compatíveis com a dinâmica e problemas que se configurem de forma contundente, desafiando a atual institucionalidade e a pactuação federativa vigente.

Segundo o autor, qualquer modelo de gestão adotado para espaços como a RIDE-DF, para ser bem sucedido, deve basear-se em articulação política, protagonismo dos entes envolvidos e implementação de regras pactuadas (AZEVEDO; ALVES, 2010).

O artigo 43 da Constituição Federal de 1988 faculta à União a possibilidade de articular sua ação em um mesmo complexo geoeconômico e social, visando ao seu desenvolvimento e à redução das desigualdades regionais. Nesse caso, por meio de lei complementar, deverá dispor sobre as condições para a integração das regiões em desenvolvimento (BRASIL, 1988).

Para Santos e Andrade (2007), o aparente paradoxo (autonomia x redes interfederativas) somente poderá ser solucionado se operado numa administração pública concertada, negocial-consensual. Assim, investir em discussão técnica para viabilizar políticas integradas é uma alternativa viável, uma vez que investimentos e repasse de recursos na área da saúde ficam comprometidos por conta dos atuais instrumentos jurídicos, seja convênios, contratos, termos de cooperação técnica, seja similares.

Os colegiados intergestores, reconhecidos pelo MS como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, possuem uma função essencial como espaço colegiado para discussão (ASSIS *et al.*, 2009). No entanto, para que lhes seja permitido atuar como representantes legais dos interesses de saúde da região, inclusive para formalização das pactuações realizadas, será necessário que os representantes estaduais e municipais responsáveis pelos assuntos relacionados à RIDE-DF passem a ocupar uma

posição perante as autoridades competentes para cuidar dos interesses de saúde da RIDE-DF (MS, 2011).

Alguns instrumentos jurídicos têm sido objeto de análise e discussões no contexto da saúde na RIDE DF. O Decreto nº 7.508/2011 organiza as relações interfederativas mediante a consagração dos Colegiados Interfederativos, nos quais as decisões acontecem de forma consensual em razão do compartilhamento da gestão. Visando à organização e integração das ações e dos serviços de saúde sob responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, o decreto propõe o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Esse contrato definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para Santos (2014), esse contrato é elemento essencial para dar espaço à negociação federativa, permitindo aos entes definirem, de acordo com suas características, as suas responsabilidades per si e as solidárias, quando um ente se reveste do papel regional no tocante às referências de serviços. É no contrato que se negociam realidades fundadas nas reais necessidades de saúde da região e se assumem compromissos com a prestação de serviços para a população.

Ainda há muito que se avançar em termos de pactuações e decisões interestaduais para a gestão da saúde na RIDE até que se obtenha uma proposta concreta nesse sentido. Há carência de estudos com esse teor, especialmente em áreas como a RIDE. Outra questão vista como incipiente por alguns estudiosos diz respeito ao papel do Ministério da Saúde de informar os órgãos de controle interno e externo sobre o descumprimento das pactuações definidas nos termos do contrato. Essa responsabilidade poderia levar à mudança de papel desse órgão federal de propulsor das mudanças a fiscalizador das pactuações interfederativas.

Uma modalidade de parceria para a realização de ações conjuntas, incrementando a qualidade dos serviços públicos prestados à população, é a dos consórcios públicos. Segundo Teixeira e Medelin (2006), várias evidências sugerem que o consorciamento em saúde propicia o aumento de eficiência e de qualidade dos serviços ofertados. Em se tratando de RIDES, a ação estadual e federal deveria avançar no estímulo à cooperação entre os municípios e em maior envolvimento dos estados na concepção de que a RIDE é um instrumento de ação pública que precisa ser apropriado pelos segmentos sociais da região.

É indiscutível que a eficiência do serviço público tenha aumentado em face do potencial dos consórcios intermunicipais. No entanto, é necessário avaliarem-se os riscos e benefícios para cada território. Segundo Teixeira (2006), o marco legal brasileiro existente precisa de aperfeiçoamentos, de forma a fornecer os mecanismos de incentivos necessários para a criação e sustentabilidade dos consórcios, pois a falta de segurança jurídica pode resultar na precariedade do funcionamento dos consórcios, refletida na desobediência às regras da gestão pública e na impossibilidade de planejamento de suas ações no médio e no longo prazos.

Para Sano (2011), o campo da interestadualidade ainda tem muito o que avançar. Em curto e médio prazos, a melhor aposta para a interestadualidade está nos Conselhos de Políticas Públicas. Os Conselhos horizontais de Políticas Públicas seriam para os autores as articulações setoriais mais promissoras, atualmente, da interestadualidade no Brasil. Mas isso ainda dependeria de institucionalização e profissionalização dos fóruns interestaduais.

## 5. CONCLUSÃO

A partir da análise da evolução das Políticas de Atenção Materno e Infantil no Brasil, foi possível observar claramente como a área materno e infantil ocupa lugar de destaque entre as demais políticas de saúde propostas, tanto pela sua relevância social quanto pela importância histórica de luta por melhorias na atenção à mulher, à gestação e ao nascimento.

A demonstração ilustrada dos fluxos das gestantes residentes nos municípios da RIDE-DF, nos mapas geográficos, permitiu a análise comparativa dos planos de ação propostos pelas três unidades federativas com os reais percursos assistenciais realizados pelas gestantes que residem nos municípios, em busca da atenção ao parto, nos anos de 2011 e 2014. Observou-se que a implantação da rede materno infantil na RIDE-DF ampliou o acesso aos hospitais do DF e reduziu a peregrinação desordenada por um leito em uma maternidade, no momento do parto.

Contudo, observou-se aumento da sobrecarga das maternidades do DF, embora com distribuição mais equitativa da demanda entre os hospitais da SES-DF. Este resultado sinaliza para a necessidade de instrumentos formais bilaterais, fruto de pactuação interfederativa, com maior corresponsabilidade e protagonismo dos municípios, na superação dos vazios assistenciais nos seus territórios.

Conclui-se também que estudar os fluxos reais desenhados pela população, na busca pelo acesso aos serviços de saúde do DF, é fundamental para o planejamento de ações que atendam as demandas dessa população da RIDE-DF, com corresponsabilidade das unidades Federadas envolvidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Vanessa Neves de; OLIVEIRA, Quézia Medeiros de; RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; TEIXEIRA, Rosana de Fátima Carvalho. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. **Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental** [online], v. 3, n. 2, p. 1935-1946, abr./jun. 2011.

Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/659/0>. Acesso em: 15 out. 2015.

ALMEIDA, Célia Maria de. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA - 20 anos de parcerias na Saúde e na Educação, 6, 2005. Belo Horizonte. **Anais do VI Congresso da Rede UNIDA**, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ASSIS, Emerson *et al.* Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 1, p. 17-21, 2009.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1290200900500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1290200900500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 nov. 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], v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 08 nov. 2015.

AZEVEDO, Heloisa Pereira Lima; ALVES, Adriana Melo Alves. RIDE – por que criá-las? GEOgrafias. Belo Horizonte, n. 6, v. 2, p. 87-101, jul./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional.

Disponível em: [http://www.mi.gov.br/web/guest/regioes\\_integradas\\_df\\_rides](http://www.mi.gov.br/web/guest/regioes_integradas_df_rides). Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Portaria consolidada da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 27 jun. 2011b, p. 109. Correção na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, publicada no DOU de 1º jul. 2011, Seção 1, p. 61.

**Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 15 out. 2015.

**Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm). Acesso em: 15 out. 2015.

**Lei Complementar nº 94 de 19 de fevereiro de 1998**. Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp94.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp94.htm). Acesso em: 15 out. 2015.

**Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011.** Regulamenta a Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm). Acesso em: 15 out. 2015.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Comissão Intergestores Tripartite.** Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/gestao-do-pacto-pela-saude/resolucoes-e-decretos/5756-resolucao-01-2011/file.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

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

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm) . Acesso em: 15 out. 2015.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) . Acesso em: 15 out. 2015.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde.** Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARDOSO, Renata da Silva. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento:** avaliando e construindo para avançar. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface** (Botucatu), v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 08 nov. 2015.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva. **O modelo lógico da Rede Cegonha.** 2010.

Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Relatório do Seminário Estratégias para o Desenvolvimento Sustentável do Distrito Federal e seu Entorno.** Brasília: CODEPLAN; 2010.

Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/publicações>. Acesso em: 10 out. 2015.

CRESWELL, John W; Clark, Vichi L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, Sabrina Furtado *et al.* Peregrinação no anteparto em São Luís - Maranhão. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul./set.2010.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro,

Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez. 2006.

DIAS, Teresa Cristina Lyporage *et al.* Auditoria em Enfermagem revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 931-937, out. 2011.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 47, de 13 de março de 2014. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Seção 01, p. 16, 14 mar. 2014. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Mapa da Saúde do Distrito Federal**. Revisão do PDR 2012-2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Relatório Anual de Gestão na Área da Saúde**. 2015.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS/FEPECS. **Manual de Normas para Elaboração dos Trabalhos Científicos do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde (MPCS) da ESCS/FEPECS**. Brasília: FEPECS, 2015. [no prelo].

FLEURY, Sonia. El desafío da gestión de las redes de políticas. **Revista Instituciones e Desarrollo**, Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Barcelona, n. 12-13, p. 221-247, dez. 2002.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Situação no mercado de trabalho e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3817-3827, Set. 2011.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2015.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed., São Paulo: Atlas S/A, 2002.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GUIMARÃES, Nathália Arruda. Regiões metropolitanas – aspectos jurídicos. In: BANDEIRA, Gonçalo Sopas de Melo; GONÇALVES, Rogério Magnus Varela; RODRIGUES, Frederico Viana (Org.). **Ciências Jurídicas**. Coimbra: Almedina, 2005. p. 35-45.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sinopse do Censo do ano 2010**.

Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Relatório de pesquisa: caracterização e quadros de análise comparativa da governança metropolitana no Brasil: arranjos institucionais de gestão metropolitana**. Brasília: IPEA, mar. 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório de pesquisa: caracterização e quadros de análise comparativa da governança metropolitana no Brasil: arranjos institucionais de gestão metropolitana**. Brasília: IPEA, nov. 2013.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 1, p. 161-170, jan. 2010.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAGARD, Mylene; PALMER Natasha. The impact of user fees on access to health services in low and middle income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2011.

Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD009094.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2014.

LOUVISON, Marília Cristina Prado *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 42, v. 4, p. 733-740, ago. 2008.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 dez. 2014.

MARTINELLI, Katrini Guidolini; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>. Acesso em: 10 out. 2015.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

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

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 jul. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: VECINA, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (Org.). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 out. 2015.

MINAYO Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORSE, Marcia Lait *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 out. 2015.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf). Acesso em: 4 jul. 2015.

PASCHE, Dario Francisco; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-17, 2010.

PAVIANI, Aldo. A realidade da metrópole: mudança ou transformação na cidade? In: \_\_\_\_\_. **Brasília: moradia e exclusão**. Brasília: Ed. UnB, 1996.

PEREIRA, Ana Lúcia; FURTADO, Lumêna Almeida Castro *et al.* **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PINHEIRO, Geandro Ferreira. **Gestão e organização da atenção em saúde em grandes centros urbanos: cidades invisíveis na agenda política brasileira**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 983, 1995, p. 318-325.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Nursingresearch: principles and methods**. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1987.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_rm/df-e-entorno](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_rm/df-e-entorno) Acesso em: 9 dez. 2014.

RABELLO, Lúcia Emília Figueiredo de Souza. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 983, jun. 2009.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413). Acesso em: 12 ago. 2015.

RATTNER, Daphne. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, n. 8, v. 2, p. 103-108, jun, 2014.

ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral; UCHOA, Severina Alice da Costa. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 1, p. 109-127, 2013.

ROESE, Adriana; GERHARDT, Tatiana Engel. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, n. 29, v. 2, p. 221-229, 2008.

SAMPIERI, Roberto Hernández. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 31, v. 3, 2012.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. A experiência de cooperação interestadual no Brasil: formas de atuação e seus desafios. **Cadernos Adenauer** XII, n. 4, 2011.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lígia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 48, n. 4, p. 622-631.

Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf). Acesso em: 02 nov. 2015.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, Lenir. **Contrato Organizativo de Ação Pública.**

Disponível em: <http://cosems-pe.blogspot.com.br/2014/01/coap-artigo-de-lenir-santos.html>

Acesso em: 02 nov. 2015.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 nov. 2015.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giacomio; CECATTI, José Guilherme. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - RBGO**, v. 26, n. 7, 2004.

SILVA, Thaís Carvalho da. **Análise das práticas prejudiciais ou ineficazes e das utilizadas de modo inadequado no trabalho de parto.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, dez. 2014.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000401383&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401383&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 8 set. 2015.

TABNET/ DATASUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 30 jul. 2015.

SKABA, Daniel Albert; TERRON, Sonia Luiza. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1753-1756, 2004.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200014>. Acesso em: 8 set. 2015.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte.** São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1995.

TEIXEIRA, Luciana. Consórcios intermunicipais: instrumento para aumentar a eficiência do gasto público. In: Mendes, Marcos. (Org.). **Gasto Público Eficiente: 91 propostas para o desenvolvimento do Brasil.** São Paulo: Instituto Fernand Braudel; Topbooks, 2006.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 nov. 2015.

UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. **O sistema de proteção social no Brasil.** Campinas: Unicamp, 1991.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 08 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva: World Health Organization; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **MDG 5: Improve Maternal Health**.

Disponível em:

[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/). Acesso em: 8 set. 2015.

## Comitê Editorial

**LUCIO RENNÓ**  
Presidente

**ANTÔNIO FÚCIO DE MENDONÇA NETO**  
Diretor Administrativo e Financeiro

**BRUNO DE OLIVEIRA CRUZ**  
Diretor de Estudos e Pesquisas  
Socioeconômicas

**FLÁVIO DE OLIVEIRA GONÇALVES**  
Diretor de Estudos e Políticas Sociais

**ALDO PAVIANI**  
Diretor de Estudos Urbanos e Ambientais

**Abimael Tavares da Silva**  
Gerente de Apoio Administrativo

**Clemir Márcio Rodrigues**  
Gerente de Administração de Pessoal

**Cristina Botti de Souza Rossetto**  
Gerente de Demografia, Estatística e  
Geoinformação

**Frederico Bertholini Santos Rodrigues**  
Gerente de Estudos Regional e Metropolitano

**Iraci Peixoto**  
Gerente de Pesquisas Socioeconômicas

**Lidia Cristina Silva Barbosa**  
Gerente de Estudos e Análises Transversais

**Jusçanio Umbelino de Souza**  
Gerente de Contas e Estudos Setoriais

**Larissa Maria Nocko**  
Gerente de Estudos e Análises  
de Promoção Social

**Marcelo Borges de Andrade**  
Gerente de Tecnologia da Informação

**Martinho Bezerra de Paiva**  
Gerente Administrativo e Financeiro

**Mônica Soares Velloso**  
Gerente de Estudos Ambientais

**Sérgio Ulisses Silva Jatobá**  
Gerente de Estudos Urbanos

### Revisão e Copidesque

Eliane Menezes e Ana Carolina Alves

### Editoração Eletrônica

Maurício Suda

**Companhia de Planejamento  
do Distrito Federal - Codeplan**

Setor de Administração Municipal  
SAM, Bloco H, Setores Complementares  
Ed. Sede Codeplan  
CEP: 70620-080 - Brasília-DF  
Fone: (0xx61) 3342-2222  
[www.codeplan.df.gov.br](http://www.codeplan.df.gov.br)  
[codeplan@codeplan.df.gov.br](mailto:codeplan@codeplan.df.gov.br)



**Secretaria de  
Planejamento,  
Orçamento e Gestão**



**Governo do Distrito Federal**