FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - MODALIDADE PROFISSIONAL

Maria Aparecida de Souza

TESE DE DOUTORADO

TECENDO A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PARTO E NASCIMENTO: UM ESTUDO DE CASO NO AGRESTE DE PERNAMBUCO

Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Ana Cláudia Figueiró

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

3º PRODUTO TÉCNICO / RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

(PRODUTO DA TESE DE DOUTORADO)

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO NACIDADE DE CARUARU

Maria Aparecida de Souza
Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Ana Cláudia Figueiró

Recife
2024

Resumo

O estudo avaliou a implementação da atenção ao parto e nascimento na cidade de Caruaru, agreste de Pernambuco, com ênfase na contribuição do Movimento Nascer Bem Caruaru. Foi realizada uma pesquisa de análise de implantação tipo 3, baseada em um estudo de caso, com triangulação de dados e abordagem qualitativa. Utilizaram-se as técnicas de pesquisa entrevista, observação e análise documental. As categorias usadas para análise do contexto foram projeto de governo; capacidade de governo e governabilidade. Para avaliação do grau de implantação foram definidas as categorias ativação de rede de atenção e compartilhamento do cuidado; boas práticas obstétricas; monitoramento do cuidado e de resultados; gestão participativa e compartilhada; e estrutura e ambiência. Foram evidenciados ganhos importantes como a vinculação das gestantes à maternidade, parto assistido por enfermeiros obstetras, estrutura e ambiência adequada às boas práticas obstétricas e sanção da Lei 5.951/2017, de iniciativa popular, que garante o direito a gestação, ao parto e ao abortamento seguros e humanizados. Identificou-se potência no Movimento Nascer Bem Caruaru para indução de mudanças, com resultados significativos a redução dos índices de mortalidade materna e mortalidade neonatal. Desafios a serem enfrentados estão relacionados a perpetuação do modelo intervencionista de atenção ao parto e nascimento e a fragilidade da governança regional.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Parto e nascimento; Violência obstétrica.

Mensagens principais

01. **Contribuição do movimento Nascer Bem Caruaru:** O estudo evidencia a significativa contribuição do Movimento Nascer Bem Caruaru para a indução de mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento em Caruaru, destacando-se a redução da mortalidade materna e neonatal e a sanção da Lei 5.951/2017, que assegura direito ao parto seguro e humanizado.
02. **Avanços nas boas práticas obstétricas e estrutura:** A implementação de boas práticas obstétricas, como a atuação de enfermeiros obstetras e a adequação da estrutura para um atendimento mais humanizado, foi um dos principais avanços observados. Essas melhorias promoveram maior vinculação das gestantes à maternidade e elevaram a qualidade dos cuidados prestados.
03. **Desafios da governança e modelo de atenção:** Embora os avanços sejam evidentes, o estudo aponta para a perpetuação do modelo intervencionista de atenção ao parto e a fragilidade da governança regional como desafios a serem superados. Esses fatores limitam o pleno desenvolvimento de uma atenção ao parto e nascimento na perspectiva da integralidade.

FIOCRUZ
PERNAMBUCO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 5

2. MÉTODO..... 6

3. RESULTADOS..... 15

3.1 Análise do Contexto Político-Institucional..... 15

3.2 Grau de Implantação da Atenção ao Parto e Nascimento 18

3.3 Influência do contexto e do grau de implantação sobre os resultados..... 20

4. CONLUSÕES..... 21

5. RECOMENDAÇÕES..... 22

6. REFERÊNCIAS..... 24

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas voltadas para o parto e nascimento, implementadas nas últimas décadas, contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência e reduziram os óbitos maternos e neonatais globalmente[1]. No entanto, novos dados mostram retrocessos na saúde materna, reforçando a necessidade de intensificar os esforços contra a mortalidade materna evitável[2].

Na área de atenção ao parto e nascimento, essa melhoria foi impulsionada com o lançamento da Rede Cegonha, em 2011, que contribuiu para a redução das iniquidades, especialmente na atenção ao parto das mulheres mais vulneráveis e das menos escolarizadas, apontadas como as mais sujeitas às violências obstétricas e práticas invasivas. A proposta foi instituir um novo formato de cuidado ao pré-natal, parto e nascimento, que colocava a mulher como protagonista do processo, reorganizando o uso de tecnologias e saberes para melhor atender às suas necessidades[3].

A Rede Cegonha[3] destacou-se por promover boas práticas obstétricas e reduzir a mortalidade, sendo retomada em 2014 pelo Ministério da Saúde com o lançamento da Rede Alyne[4].

Apesar dos avanços, conseguidos na atenção ao parto e nascimento, ainda persistem práticas inadequadas, como as altas taxas de cesarianas sem evidências científicas que comprovem a sua indicação[5,6,7]. No Nordeste, incluindo Pernambuco, estudos relatam problemas semelhantes[8,9,10].

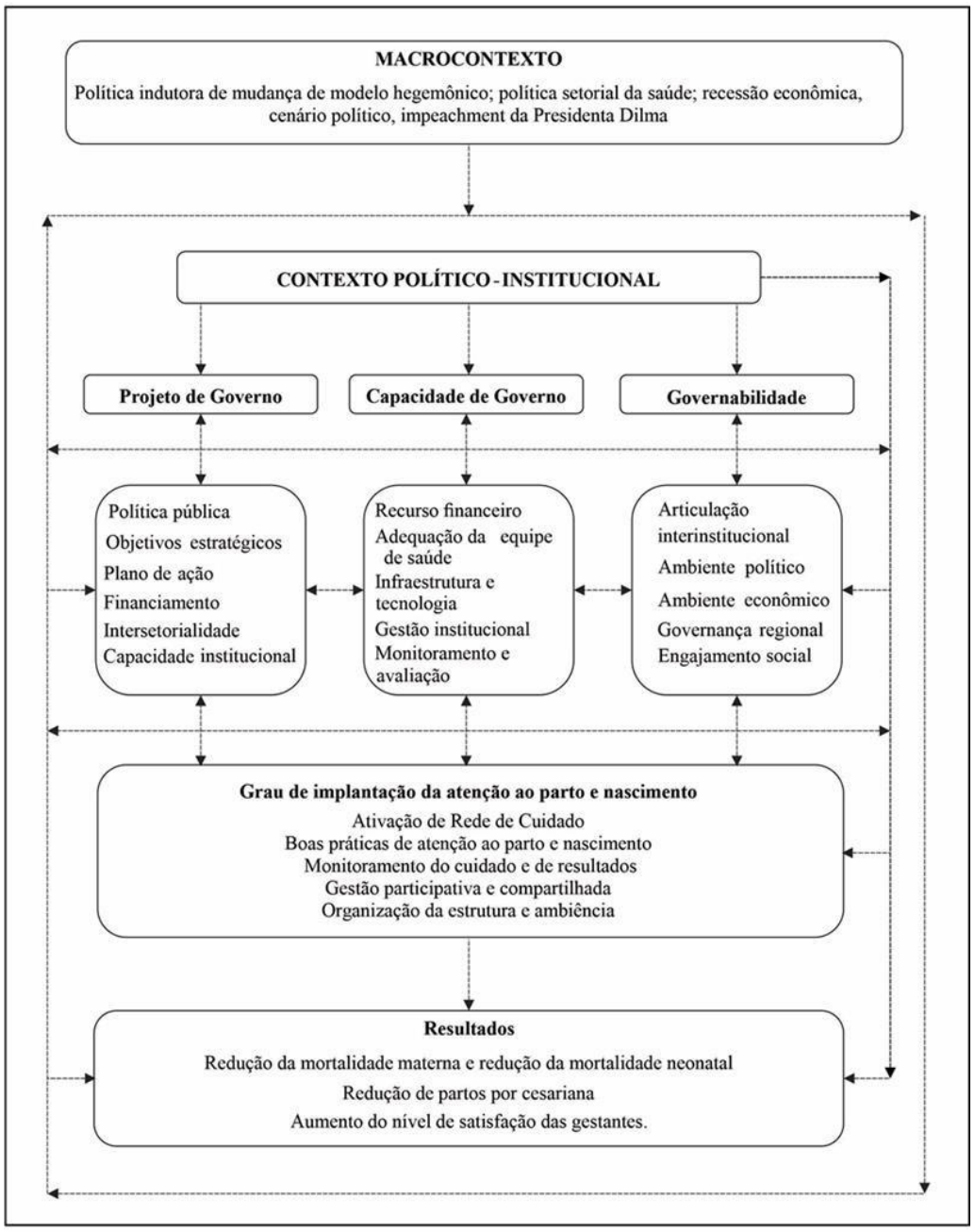
Em Caruaru, em 2012, a taxa de cesarianas chegou a 60% do total de partos[11], muito acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde[12]. Denúncias de violência obstétrica e baixa adesão às boas práticas motivaram a criação do Movimento Nascer Bem Caruaru em 2014, com o objetivo de mudar o modelo de parto, incentivando o protagonismo das mulheres e promovendo um parto seguro e humanizado[11].

Essa estratégia interinstitucional envolveu diversos seguimentos da sociedade, como Secretaria de Saúde, Secretaria da Mulher e dos Direitos Humanos, Secretaria de Participação Social, instituições de ensino e movimento social pelo parto humanizado. A partir desse movimento foram registrados resultados importantes como a redução da mortalidade materna e neonatal, mas persistem desafios como a fragmentação da rede e a fragilidade da governança regional[13,14,15].

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação[16], baseada em um estudo de caso com triangulação de dados e abordagem mista, para avaliar a implementação da atenção ao parto e nascimento numa maternidade de Caruaru, Pernambuco, no período de 2011 a 2024. O desenho teórico do estudo está apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo teórico do estudo



Fonte: Elaboração da autora

Na primeira etapa, qualitativa, a análise do contexto político-institucional foi baseada em um plano de análise que utilizou as categorias projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade[17](Quadro 1).

Quadro 1- Plano de análise do contexto de implementação da intervenção

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	FONTES: DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA INFORMANTES-CHAVE
PROJETO DE GOVERNO	Política como prioridade de governo	Existência de propostas específicas para implementação da atenção ao parto e nascimento	Programação Anual de Saúde 2013; Plano Municipal de Saúde 2014-2017 Rede Cegonha/RAMI/Rede Alyne
	Objetivos estratégicos	Metas principais e prioridades determinadas no Plano de Governo	Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru
	Iniciativas intersetoriais	Ações que envolvem a colaboração e articulação de diferentes setores ou áreas de atuação	Integrante do Movimento Nascer Bem Caruaru; Gestores da Secretaria de Saúde; Secretaria da Mulher e Secretaria de Participação Social; Representante do Curso de Medicina/CAA
	Capacidade institucional	Nível de organização, coordenação e governança interna para fazer o sistema funcionar de forma eficiente	Gestores da Regulação Municipal e da Atenção Especializada
CAPACIDADE DE GOVERNO	Recursos financeiros	Capacidade de mobilizar e captar recursos financeiros	Relatório Anual de Gestão 2016
	Adequação da equipe de saúde	Qualificação da equipe para implementação da atenção ao parto e nascimento seguro e humanizado	Gestores e profissionais da Maternidade; integrante do Movimento Nascer Bem Caruaru
	Infraestrutura e tecnologia	Disponibilidade de tecnologia e infraestrutura adequada para execução de projetos	Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru Gestor do Sistema de Informação Municipal
	Capacidade de gestão de projetos	Competência da gestão para operar serviços e programas	Gestores da Atenção Especializada e da Maternidade, integrante do Movimento Nascer Bem Caruaru
	Monitoramento e avaliação	Existência de sistemas e processos para medir o desempenho e o impacto da intervenção	Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	FONTES: DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA INFORMANTES-CHAVE
GOVERNABILIDADE	Articulação interinstitucional	Capacidade de articular cooperação com outros entes governamentais e atores diversos	Integrantes do Movimento Nascer Bem caruaru, Gestores da Secretaria da Mulher, da Secretaria da Mulher, Secretaria de Participação Social, Representante da Universidade
	Apoio político	Grau de apoio da imprensa, atores políticos e legislativo	Integrantes do Movimento Nascer Bem Caruaru, técnicas do Ministério da Saúde, representantes do Conass e Conasems, representante do Câmara de Vereadores
	Autonomia financeira	Condições econômicas favoráveis ou desfavoráveis que influenciam a implementação da intervenção	Gestor da Secretaria Municipal de Saúde; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)
	Governança regional	Existência de política regional de atenção ao parto e nascimento com partilhamento de responsabilidades, e recursos	Gestor Estadual de Saúde; Resoluções da Comissão Intergestores Regional (CIR – IV R) Integrantes da CT-CIR da IV Região
	Participação social	Participação da sociedade civil no processo decisório e na implementação da política	Integrante do Movimento Nascer Bem Caruaru; Gestores da Secretaria da Mulher e de Participação Social; Câmara de Vereadores; Diagnóstico da percepção de puérperas atendidas na Rede de Saúde de Caruaru

Fonte: autora

Foram realizadas entrevistas com atores-chave até a saturação dos dados e análise documental para compreender a realidade. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin, com exploração do material, definição das categorias e unidades de análise, tratamento dos dados e interpretações inferenciais[18], com base nos referenciais da interprofissionalidade[19], redes de atenção à saúde[20], integralidade[21] e governança[15].

Na segunda etapa, quantitativa, foi avaliado o grau de implantação do componente parto e nascimento na maternidade, com foco na organização dos serviços e nas práticas assistenciais[22]. Os dados foram analisados de acordo com as diretrizes, dispositivos, critérios e itens de verificação, conforme descrito no quadro a seguir (Quadro 2).

Quadro 2- Matriz de julgamento do grau de implantação do parto e nascimento

DIRETRIZ 1 – ATIVAÇÃO DE REDES DE CUIDADO E COMPARTILHAMENTO DE SABERES		
DISPOSITIVOS	CRITÉRIOS	ITENS DE VERIFICAÇÃO/INDICADOR
Acolhimento	Apresentação dos profissionais à usuária	Identificação dos profissionais por seu nome e função quando vão iniciar o atendimento
	Tratamento das usuárias pelo próprio nome	Puérperas são tratadas pelo nome na maternidade
	Escuta das queixas, medos e expectativas	Atendimento realizado com escuta aberta e não julgadora
	Comunicação efetiva	Fornecimento de informações sobre a situação de saúde
		Utilização de linguagem compreensível e adequada
		Nível de compreensão das usuárias sobre as informações que recebem
		Respostas as dúvidas e/ou solicitações
Classificação de Risco	Realização da classificação de risco na maternidade por profissional/equipe específica para a atividade em tempo integral	Realização de Acolhimento com Classificação de Risco em obstet.
		Classificação de risco obstétrico feita 24H por dia
		Classificação de risco obstétrico feita durante 7 dias por semana
	Informação/esclarecimento à gestante sobre ACCR	Existência de placa informativa sobre acolhimento e ACCR, com cores e tempo de espera
		Gestantes informadas sobre o tempo de espera para receber atendimento após a avaliação
Cuidado em Rede e Acesso	Garantia da vinculação da gestante a maternidade	Gestantes puderam visitar a maternidade durante o Pré-natal
	Garantia da contrarreferência da maternidade para a ABS	Realização de estratégias de comunicação com a ABS para garantia da contrarreferência
	Vaga sempre	Alternativas quando existe indicação de internação, mas não tem leito disponível

DIRETRIZ 2 – BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO		
DISPOSITIVOS	CRITÉRIOS	ITENS DE VERIFICAÇÃO/INDICADORES
Direito a acompanhante de livre escolha	Inclusão do acompanhante de livre escolha	Garantia do direito ao acompanhante de livre escolha durante o tempo em que a mulher está internada para o parto
	Garantia de livre acesso e permanência da mão e pai do RN em tempo integral na unidade neonatal	Garantia do livre acesso e permanência da mãe/pai na Unidade Neonatal em qualquer horário
	Poltronas para acompanhantes no trabalho de parto e parto	Área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no trabalho de parto
		Área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no alojamento conjunto
	Garantia de acesso a refeições ao acompanhante	Garantia de refeições para o acompanhante
Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto	Parto normal de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras	Parto normal sem distorcia realizado por médico(a) obstetra e/ou Enfermeiro(a) Obstetra
	Partograma preenchido	Usa Partograma para acompanhar a evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas
		Partograma preenchido no prontuário
	Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto	Oferta líquidos ou algum alimento durante o trabalho de parto
		Atendimento a solicitação por líquido ou alimento durante o trabalho de parto
		Prescrição de dieta durante o trabalho de parto
	Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto	Existência de equipamento e materiais que proporcionem o alívio não farmacológico da dor
		Frequência de oferta de métodos não farmacológicos para manejo da dor durante o trabalho de parto
		Frequência de oferta de massagem
		Frequência de oferta de bola Bobath
		Frequência de oferta de cavalinho
		Frequência de oferta de banquinho para a posição de cócoras
		Oferta de outros métodos não farmacológicos para o manejo da dor
		Medidas utilizadas pela gestante para aliviar a dor durante o trabalho de parto (massagem, Bola, cavalinho, banquinho, outros)
	Estímulo a deambulação no trabalho de parto	Gestante estimulada a se movimentar e deambular
	Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto	Maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada
		Frequência com que o parto acontece em outras posições que não a deitada
		Posição da gestante: deitada de lado ou reclinada ou Posição Vertical; sentada ou Posição vertical; de cócoras ou posição vertical; de pé ou de quatro apoios

DIRETRIZ 2 – BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO		
DISPOSITIVOS	CRITÉRIOS	ITENS DE VERIFICAÇÃO
Intervenções Desnecessárias na mulher	Amniotomia	Profissionais da Maternidade fazem amniotomia de rotina
		A bolsa da gestante foi rompida depois que ela chegou no hospital
		Registro de amniotomia no prontuário? (Sim, há registro de que não foi realizado)
	Venóclise durante o trabalho de parto	Maternidade usa acesso venoso de rotina para parturientes
		Durante o trabalho de parto foi colocado soro na veia da gestante
		Registro de venóclise durante o trabalho de parto no prontuário
	Drogas uterotônicas no trabalho de parto	Uso de ocitocina no trabalho de parto?
		Registro de uso de ocitocina para a indução ou aceleração do trabalho de parto no prontuário
		Registro do uso de misoprostol para indução do trabalho de parto no prontuário
Intervenções Desnecessárias na mulher	Manobra de Kristeller	A maternidade realiza a manobra de Kristeller
		Profissional apertou e/ou subiu na barriga da gestante
	Episiotomia	Profissionais da Maternidade realizam episiotomia?
		Registro de que cortaram o períneo (vagina) durante no parto
		Gestante sentiu dor no momento de suturar (costurar) o períneo
		Registro da episiotomia no prontuário

DIRETRIZ 3 - MONITORAMENTO DO CUIDADO E DE RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO		
DISPOSITIVOS	CRITÉRIOS	ITENS DE VERIFICAÇÃO/INDICADORES
Disponibilidade de Indicadores da Atenção ao Parto e Nascimento	Taxa de ocupação de leitos no alojamento conjunto e na unidade neonatal	Taxa de ocupação de leitos no alojamento conjunto
		Taxa de ocupação de leitos na unidade neonatal
	Média de permanência no alojamento conjunto e na unidade neonatal	Tempo médio de permanência no alojamento conjunto
		Tempo médio de permanência na unidade neonatal
	Monitoramento da proporção de cesáreas	Proporção de cesárea
		% de cesáreas; % de cesáreas de gestantes de alto risco; % de cesáreas em primíparas por faixa etária; % de cesáreas por principais indicações; % de parto normal em mulheres com cesárea anterior; % de contato pele a pele em cesariana, % clampeamento tardio do cordão umbilical em cesarianas; % de cesáreas em mulheres com parto normal anterior; Classificação de Robson; % de partos em adolescentes.
	Presença do acompanhante durante a internação para o parto	% de acompanhante nas cesarianas
		% de acompanhante no trabalho de parto
		% de acompanhante no parto
		% de acompanhante no pós-parto
	Classificação de risco na maternidade	Tempo médio de espera para a classificação de risco
		Tempo médio de espera para atendimento de acordo com a cor definida na classificação de risco
	Desenvolvimento de estratégias para reduzir o número de cesariana realizada na maternidade	Indicadores mais frequentemente acompanhados: Tempo médio de espera para classificação de risco; Tempo médio de espera entre classificação e consulta, estratificado por cor; % de usuárias classificadas com encaminhamentos realizados da maternidade para a atenção básica; % de mulheres conforme classificação; % de internação por diagnóstico
		Existência de Plano de Ação para reduzir/adequar o índice de cesariana
		Análise e planejamento periódico das indicações de cesáreas
		Reuniões periódicas com equipes para discussão dos percentuais e das indicações de cesariana
	Percentual de episiotomia em partos normais	Disponibilidade do indicador de episiotomia em partos normais
Disponibilidade de Indicadores de mortalidade materna, neonatal e fetal	Número de óbito materno, infantil e fetal	Disponibiliza número de óbitos fetais
		Disponibiliza número de óbitos neonatais
		Disponibiliza número de óbitos maternos
	Análise dos óbitos	Analisa os óbitos com frequência
		Existência de GT de Óbito materno e neonatal na Maternidade
	Divulgação dos indicadores de morbimortalidade	Disponibilização/Divulgação dos dados dos indicadores de morbimortalidade para a equipe de trabalho da Maternidade

DIRETRIZ 4 - GESTÃO PARTICIPATIVA E COMPARTILHADA		
DISPOSITIVOS	CRITÉRIOS	ITENS DE VERIFICAÇÃO/INDICADOR
Dispositivo de Gestão Colegiada	Existência de Colegiado Gestor /outro dispositivo de Gestão Colegiada	Existência de Colegiado Gestor ou espaço similar de compartilhamento da gestão
	Garantia de participação de profissionais ocupantes de diferentes funções em espaços de gestão colegiada	Garantia da participação de profissionais diversos nos espaços de gestão colegiada (gestoras e/ou profissionais graduados, profissionais de nível técnico e/ou profissionais administrativos
	Garantia de participação de diferentes trabalhadores nas decisões sobre os processos de trabalho	Participação de equipes dos diversos setores em reuniões para a tomada de decisões conjuntas sobre o processo de trabalho
	Reuniões realizadas com frequência regular e garantindo mecanismos de gestão colegiada	Periodicidade regular das reuniões dos espaços compartilhados de gestão na maternidade
	Debate com os profissionais sobre as Boas Práticas na assistência ao parto e nascimento	Realização frequente no último ano (seminários, rodas de estudo, reuniões clínicas) sobre Boas Práticas na assistência ao parto
Mecanismos de informação e escuta das usuárias, acompanhantes e trabalhadores	Acesso aos serviços de ouvidoria pelas usuárias do SUS com garantia de resposta	Maternidade possui serviço de Ouvidoria
		Resposta rotineira das sugestões, elogios, denúncias ou queixas das usuárias à ouvidoria
	Mudança nos processos de trabalho e de tomada de decisão a partir da escuta dos usuários	Profissionais informados sobre os relatos enviados à Ouvidoria
		Informações da Ouvidoria utilizadas para tomada de decisão

DIRETRIZ 5 – AMBIÊNCIA		
DISPOSITIVOS	CRITÉRIOS	ITENS DE VERIFICAÇÃO/INDICADORES
Ambiência adequada às boas práticas na porta de entrada	Ambiente adequado e confortável para acolhimento da mulher e seu acompanhante	Garantia de privacidade no espaço de acolhimento
		Área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no momento da classificação
		Existência de assentos suficientes para gestante/acompanhante
	Conforto e privacidade assegurados na sala de exame clínico e admissão	Existência de conforto e privacidade na sala de exame clínico e admissão
Ambiência adequada às boas práticas de atenção ao parto e nascimento	Percentual de adequação da oferta de quartos PPP	Percentual de adequação da oferta de quartos PPP do total de leitos destinados ao trabalho de parto
	Percentual de adequação de estrutura dos quartos PPP	Internamento em quarto PPP com banheiro exclusivo e com chuveiro com água quente e fria
Ambiência adequada no Alojamento Conjunto (ALCON)	Conforto assegurado no ALCON	Existência de banheiro exclusivo diretamente ligado ao ALCON
		Poltrona reclinável que possibilite a presença do acompanhante
		Área de cuidados do RN com o banho dentro do ALCON
Ambiência adequada na Unidade Neonatal	Acomodação para a mãe do bebê internado em Unidade Neonatal	Acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal
	Controle de ruído, luminosidade e temperatura na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	Condições de conforto de luminosidade na UCINCo
		Existência de condições de conforto térmico na UCINCo
		Existência de conforto acústico no ambiente da UCINCo
		Condições de conforto de luminosidade na UCINCa
		Existência de conforto térmico no ambiente da UCINCa
		Existência de conforto acústico no ambiente da UCINCa
	Disponibilidade de cadeira e poltronas reclináveis na UCINCo	Lugar para o acompanhante em todos os leitos da UTIN
		Cadeiras ou poltronas para acompanhantes na UCINCo
		Lugar para acompanhante em todos os leitos da UCINCo
		Cadeiras ou poltronas para acompanhantes na UCINCo
Ambiência com acessibilidade	Condições de acessibilidade para gestantes e/ou acompanhante com deficiência	Garantia na recepção de acesso às pessoas com deficiência motora
		Garantia de acesso às pessoas com deficiência motora no ACCR

Fonte: autora.

A coleta de dados foi realizada em 2023 e 2024, com análise de prontuários, observação *in loco* e entrevistas. As entrevistas foram realizadas com 142 puérperas, com uma estimativa de frequência de 50% e um nível de confiança de 95%. Para as demais contou-se com 11 enfermeiros obstetras e 2 gestores, considerando os indivíduos aptos a participarem da pesquisa. Foram incluídos os indivíduos presentes na maternidade nos dias de coleta, sendo excluídos aqueles que não concordaram em participar. Para as entrevistas utilizou-se um questionário misto, com perguntas fechadas e, ao final, uma questão aberta. Para avaliar o grau de implantação da atenção ao parto e nascimento, foi adaptada uma matriz de julgamento utilizada em estudo de base nacional[23]. Para julgamento da adequação da atenção ao parto e nascimento, foi utilizado como parâmetro: adequado (75,01 a 100%); parcialmente adequado (50,1 a 75%) e não adequado (0 a 50%).

Na terceira etapa, buscou-se identificar a influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os resultados[16].

A pesquisa atende as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães, sob o parecer nº 5.974.484. Todos os cuidados necessários foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações.

3 RESULTADOS

Nessa seção serão apresentados os resultados e a discussão dos achados da análise de implantação da atenção ao parto e nascimento no município de Caruaru.

3.1 Análise do Contexto Político-Institucional

O diagnóstico, a decisão política, as propostas e o poder para realizar a intervenção

A gestão municipal decidiu reestruturar a atenção ao parto e nascimento após identificar problemas na rede de saúde. A maternidade estadual, que realizava cerca de 500 partos mensais e atendia gestantes de alto risco, enfrentava superlotação[24]. Por outro lado, a rede municipal contava com apenas 16 leitos obstétricos em um hospital geral. Isso resultava na necessidade de redirecionar gestantes sem acesso a essas maternidades para unidades em Vitória de Santo Antão ou Recife[11].

O incentivo para modificar a realidade do parto e nascimento no município se deu no contexto da publicação da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde[3] em 2011, política que resultou das discussões conduzidas pelo Ministério da Saúde, com as entidades nacionais de representação das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Na análise do projeto de governo, foi identificada a decisão de captar recursos para um hospital materno-infantil, pois a maternidade aberta em 2013 não possuía estrutura adequada para um parto seguro e humanizado[11]. As práticas obstétricas inadequadas, como violência obstétrica, medicalização excessiva e altas taxas de cesariana, foram relatadas tanto no local quanto em outros estudos no Nordeste e em Pernambuco[5,8,9,10].

Em resposta, em 2014, foi lançado o Movimento Nascer Bem Caruaru (MNBC), uma iniciativa intersetorial para mudar o modelo de parto, promovendo o protagonismo das mulheres e práticas obstétricas seguras e humanizadas. O movimento atuou em quatro frentes: organização dos serviços em rede, mobilização e qualificação de profissionais e usuárias, organização do acesso e articulação intersetorial[11].

A capacidade institucional para execução do projeto foi fortalecida pela criação de uma governança interna, com destaque para a Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral, que incluía um Módulo Pré-natal e Parto para garantir o acesso e cuidado integral das gestantes, além de promover a educação permanente dos profissionais.

Capacidade da gestão em executar o modelo proposto para atenção ao parto e nascimento

A capacidade da gestão em executar o modelo de atenção ao parto foi considerada satisfatória em termos de mobilização e captação de recursos, com R$ 18.314.822,14 destinados à construção de uma nova maternidade (EP nº 33870005/2014, 33870004/2015, 33870012/2016).

A gestão também demonstrou habilidade em formular planos estratégicos e operar serviços, embora enfrentasse desafios relacionados à inadequação da equipe, que resistia às mudanças devido à cultura centrada na decisão médica[25,26].

Para promover uma mudança no modelo de parto, foi proposta uma abordagem centrada na mulher, com intervenções baseadas em evidências científicas e trabalho colaborativo[14, 27,28]. No entanto, a resistência e a descrença na viabilidade do novo modelo foram desafios constantes. Para superar isso, a gestão organizou uma visita à Maternidade Sofia Feldman, em Belo Horizonte, referência em parto humanizado, que impactou os profissionais e resultou na criação de protocolos validados com participação da equipe, aumentando a adesão.

A infraestrutura inicial era insuficiente, especialmente nas áreas rurais, mas avanços ocorreram com a implantação de prontuários eletrônicos, facilitando o compartilhamento de informações entre as unidades. Apesar desses avanços, persistem desafios no uso eficaz da tecnologia e no desenvolvimento da competência para o trabalho em equipe. O monitoramento e avaliação das mudanças também carecem de registros formais, embora a tecnologia existente permita o desenvolvimento de sistemas de acompanhamento e avaliação de indicadores.

Condições políticas e sociais que permitem a governabilidade

Entre 2011 e 2016, apesar do cenário político favorável e o alinhamento entre os governos municipal, estadual e federal, a implementação da intervenção em Caruaru enfrentou obstáculos, especialmente relacionadas a dificuldades de pactuação do desenho da Rede Cegonha, no que se refere as responsabilidades e as fontes de financiamento A Comissão Intergestores Regional não conseguiu alinhar um consenso entre os gestores, resultando em lacunas no acesso à saúde materno-infantil[29]. Estudo mostrou que a maternidade de referência para partos de alto risco da região teve 30,4% dos dias de plantão diurnos e 38,9% dos noturnos bloqueados para admissão de partos, levando a peregrinação das gestantes em busca de assistência[9].

Nos relatos dos entrevistados, ficou evidente a importância do movimento liderado pela Secretaria de Saúde em busca do fortalecimento de sua governabilidade, ao estabelecer parceria estratégica com o Curso de Medicina aproveitando essa cooperação para implementar melhorias no parto e nascimento, promovendo boas práticas obstétricas e reorganizando os serviços[11].O projeto foi discutido internamente com os profissionais de saúde, especialmente a categoria médica, e externamente com o núcleo dirigente da administração municipal, o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara de Vereadores e a imprensa local. A gestão municipal mostrou relativa autonomia, ampliando investimentos na saúde, mesmo diante de recessão econômica e suspensão de repasses estaduais[30].

A articulação com movimentos sociais e a participação ativa do movimento de mulheres ajudaram a garantir a voz das gestantes no processo, transformando a assistência ao parto. No entanto, a partir de 2016, mudanças no cenário político nacional, como o impeachment da presidenta Dilma Rousseff e a troca de gestão municipal, levaram à descontinuidade de políticas como a Rede Cegonha e o Movimento Nascer Bem Caruaru, enfraquecendo a parceria com a universidade e comprometendo a sustentabilidade da intervenção[17].

3.2 Grau de implantação das ações preconizadas para atenção ao parto e nascimento

Os resultados indicaram que a atenção ao parto e nascimento na maternidade municipal foi classificada como parcialmente adequada, com um percentual de 70,8%. A tabela a seguir discrimina os resultados por diretriz, dispositivos e itens de verificação.

Tabela 1: Grau de implantação do componente parto e nascimento em uma maternidade de risco habitual de Caruaru, 2024.

DIRETRIZ / DISPOSITIVO / ITEM DE VERIFICAÇÃO	% DE IMPLANTAÇÃO
DIRETRIZ 1 – ATIVAÇÃO DE REDES DE CUIDADO E COMPARTILHAMENTO DE SABERES	77,6%
Acolhimento	88,5%
Apresentação dos profissionais à usuária	72,2%
Tratamento das usuárias pelo próprio nome	89,8%
Escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias/acompanhantes	90,8%
Comunicação efetiva dos profissionais da maternidade	93,4%
Classificação de risco	35,5%
Classificação de risco por profissional específico para a atividade e em tempo integral	100,0%
Informação à gestante sobre o tempo de espera para receber atendimento após a avaliação	34,3%
Cuidado em rede e acesso	75,7%
Garantia da vinculação da gestante a maternidade	91,6%
Garantia da contrarreferência da maternidade para a atenção básica	32,5%
Acolhe e classifica quando existe indicação de internação, mesmo sem leito disponível	100,0%
DIRETRIZ 2 – BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	72,6%
Direito a acompanhante de livre escolha	98,8%
Inclusão do acompanhante de livre escolha	99,2%
Garantia de livre acesso e permanência da mãe e pai do recém-nascido na unidade neonatal	87,0%
Poltronas para acompanhantes no trabalho de parto e parto	100,0%
Garantia de acesso a refeições ao acompanhante da puérpera	99,3%
Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de pré-parto, parto e pós-parto	52,8%
Parto normal de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras	100,0%
Partograma preenchido	47,7%
Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto	49,3%
Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto	31,6%
Estímulo à deambulação no trabalho de parto	86,5%
Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto	77,3%
Não Aplicação de intervenções desnecessárias na mulher	78,1%
Amniotomia	61,1%
Venóclise durante o trabalho de parto	74,4%
Drogas uterotônicas no trabalho de parto	88,6%
Manobra de Kristeller	96,2%
Episiotomia	75,5%

DIRETRIZ 3- MONITORAMENTO DO CUIDADO E DE RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	28,2%
Monitoramento e disponibilidade de indicadores da atenção ao parto e nascimento	23,8%
Taxa de ocupação de leitos no alojamento conjunto e na unidade neonatal	00,0%
Média de permanência no alojamento conjunto e na unidade neonatal	00,0%
Monitoramento da proporção de cesáreas	19,0%
Presença do acompanhante durante a internação para o parto	00,0%
Classificação de risco na maternidade	59,4%
Desenvolvimento de estratégias para reduzir o número de cesariana realizadas	22,9%
Percentual de episiotomia em partos normais	03,8%
DIRETRIZ / DISPOSITIVO / ITEM DE VERIFICAÇÃO	**% DE IMPLANTAÇÃO**
Monitoramento e disponibilidade de indicadores de mortalidade materna, neonatal e fetal	62,5%
Número de óbito materno, infantil e fetal disponibilizados para a equipe de trabalho	100,0%
Análise dos óbitos ocorre com frequência regular	52,6%
Divulgação dos indicadores de morbimortalidade para equipe de trabalho da maternidade	12,0%
DIRETRIZ 4- GESTÃO PARTICIPATIVA E COMPARTILHADA	25,0%
Colegiado gestor ou outros dispositivos de gestão colegiada	35,3%
Existência de colegiado gestor ou outro dispositivo de gestão colegiada	24,1%
Participação de profissionais de funções diversas nos espaços de gestão colegiada	27,0%
Participação das equipes na tomada de decisão sobre os seus processos de trabalho	41,0%
Colegiado gestor ou outro dispositivo de gestão se reúne com frequência regular	32,5%
Existência de ouvidoria na Maternidade	100%
Mecanismos de informação e escuta das usuárias, acompanhantes e trabalhadores	23,5%
Maternidade tem como rotina tomar decisões a partir das demandas enviadas à ouvidoria	20,0%
Profissionais informados sobre os relatos enviados à ouvidoria	84,6%
DIRETRIZ 5- ORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA E AMBIÊNCIA	100,0%
Ambiência adequada às boas práticas na porta de entrada	100,0%
Ambiente adequado e confortável para acolhimento da mulher e seu acompanhante	100,0%
Conforto e privacidade assegurados na sala de exame clínico e admissão da parturiente	100,0%
Ambiência adequada às boas práticas de atenção ao parto e nascimento	100,0%
Percentual de adequação da oferta de quartos pré-parto, parto e pós-parto	100,0%
Percentual de adequação de estrutura dos quartos pré-parto, parto e pós-parto	100,0%
Ambiência adequada no alojamento conjunto	100,0%
Conforto Assegurado no alojamento conjunto	100,0%
Ambiência adequada na Unidade Neonatal	100,0%
Conforto assegurado na Unidade Neonatal	100,0%
Ambiência com Acessibilidade	100,0%
Condições de acessibilidade para gestantes e/ou acompanhantes com deficiência	100,0%

Fonte: autora

A estrutura e ambiência necessárias para as boas práticas alcançaram 100% de adequação, incluindo salas de acolhimento, quartos com banheiro privativo e equipamentos para cuidados neonatais, superando a média nacional. Por se tratar de uma maternidade de risco habitual, suas instalações não dispõem de UTI Neonatal nem de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, mas têm uma sala de cuidados neonatais com cinco leitos, respiradores, berços aquecidos, incubadoras e monitores multiparâmetros para

assistência ao recém-nascido. A acessibilidade foi classificada como adequada, com rampas de acesso, portas que possibilitam a passagem de cadeira de rodas e barras de apoio em todos os banheiros.

A ativação da rede de cuidados teve 77,6% de adequação, destacando o acolhimento humanizado e a alta vinculação das gestantes à maternidade (91,6%). No entanto, verificou-se baixa adequação em ações mais complexas, como o esclarecimento das gestantes sobre sua situação de saúde (34,3%) e a garantia da contra referência da maternidade para a atenção básica (32,5%).

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento foram classificadas como parcialmente adequadas (72,6%), com destaque para a presença de acompanhante (98,8%), e assistência ao parto normal de baixo risco por enfermeiros obstetras (100%) estímulo à deambulação (86,5%) e estímulo a posições não supinas (77,3%) foram considerados adequados. Contudo, práticas como oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor (31,6%), oferta de alimentos (49,6%) e preenchimento adequado do partograma (47,7%) mostraram deficiências.

O monitoramento do cuidado e resultados foi classificado como não adequado (28,2%), evidenciando a falta de práticas institucionais para avaliação contínua. A gestão participativa e compartilhada também foi considerada inadequada (25,0%), refletindo a ausência de espaços para integrar os profissionais e responder às demandas dos usuários.

3.3 A Influência do contexto e do grau de implantação sobre os resultados

Apesar de desafios como a recessão econômica e a ineficiência da governança regional, o contexto político-institucional influenciou positivamente a intervenção, resultando na redução da mortalidade materna (66,5%) e neonatal (37,4%) entre 2013 e 2022, além da diminuição de cesarianas e do aumento da satisfação das gestantes. Contudo, houve aumentos nas taxas de mortalidade materna e neonatal entre 2019-2020, atribuídos à pandemia de COVID-19[31].

A taxa de partos cesarianos apresentou uma queda significativa entre 2012 e 2016, mas voltou a crescer 55,4% entre 2016 e 2019, coincidindo com a mudança política após o impeachment da Presidenta Dilma. As práticas humanizadas e a qualificação das equipes de saúde contribuíram para a redução de cesarianas e melhores resultados obstétricos [11].

A satisfação das mulheres com a atenção recebida também sofreu alterações. Em 2015, 97% das mulheres relataram estar satisfeitas com a atenção ao parto. Em 2024, esse índice caiu para 72,2%, com críticas à forma de atendimento de alguns profissionais[32]. O Movimento

Nascer Bem Caruaru (MNBC) e a Rede Cegonha tiveram impacto positivo, mas a descontinuidade dessas ações após 2016, somada à pandemia, resultou na suspensão de iniciativas interinstitucionais, prejudicando a rede de cuidados.

Por outro lado, o lançamento da Rede Alyne pelo governo federal reacendeu a esperança de fortalecer a política de cuidado integral, trazendo oportunidades de retomar a organização da rede de atenção à saúde. Especialistas ressaltam que a consolidação dessa rede depende de mudanças no modelo de gestão, de atenção e de financiamento [4].

4 CONCLUSÃO

Os desfechos maternos e neonatais indesejados ainda são, muitas vezes, associados a práticas inadequadas, intervenções desnecessárias e à baixa vinculação da gestante à maternidade. Esses fatores destacam que a qualidade da atenção ao parto e nascimento está no centro dos problemas enfrentados.

Os achados deste estudo confirmam que as intervenções do Movimento Nascer Bem Caruaru (MNBC) trouxeram mudanças promissoras, resultando em importantes avanços, como a redução da mortalidade materna, neonatal e do número de partos cesarianos. Além disso, houve melhorias significativas na vinculação da gestante à maternidade e no acesso a uma rede de cuidado com estrutura adequada.

No entanto, apesar dessas conquistas, alguns pontos críticos, como a adoção das boas práticas obstétricas, a integração das equipes de saúde para um cuidado compartilhado, a gestão participativa e o monitoramento contínuo da assistência, permanecem vulneráveis a alterações no contexto político-institucional. Tais mudanças afetam o funcionamento da rede de saúde e as políticas de saúde, especialmente devido à alternância de gestão.

Embora o MNBC tenha conseguido implementar um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, a descontinuidade das políticas de atenção materno-infantil, tanto localmente quanto em nível nacional, comprometeu muitas dessas conquistas. Esse retrocesso foi particularmente evidente na organização da assistência obstétrica e na adequação das equipes para assegurar partos seguros e humanizados.

Com a mudança de contexto, foi registrado um aumento na mortalidade materna e neonatal após a intervenção, o que reforça a necessidade de novos estudos para compreender as causas desses óbitos, especialmente no período entre 2021 e 2022, e avaliar o impacto da pandemia de Covid-19 nesses resultados.

5 RECOMENDAÇÕES

Para garantir efetivamente uma atenção o parto e nascimento, se, humanizada e integral, é necessário implementar uma série de ações estratégicas que visem à articulação, à integração e à melhoria contínua do cuidado oferecido às gestantes e puérperas, considerando as dimensões da integralidade relacionadas as práticas profissionais e a organização da rede de atenção ao parto e nascimento. Para isso, algumas medidas são fundamentais:

1. Fortalecer a governança regional: é fundamental fortalecer os espaços de gestão e o protagonismo dos gestores nos espaços de discussão e construção das políticas regionais, especialmente na Comissão Intergestores Regional (CIR), para garantir o compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados e o financiamento adequado da rede, visando a consolidação das redes regionais de saúde e o cuidado integral.

2. Fortalecer a capacidade de gestão e coordenação dos componentes da rede de atenção materno infantil, com destaque para o componente parto e nascimento: a gestão precisa estar equipada com as ferramentas necessárias para coordenar eficazmente a gestão da rede de atenção à saúde. Isso envolve a capacitação dos gestores locais para planejar, organizar e monitorar as ações de saúde materno-infantil. Uma gestão eficiente inclui a organização de fluxos de referência e contra-referência claros, para garantir que as gestantes sejam encaminhadas adequadamente para os serviços de média e alta complexidade quando necessário, com a documentação e os registros devidamente atualizados. Além disso, é fundamental que a gestão garanta a disponibilização e a utilização pelos profissionais dos vários níveis de atenção, de sistemas de informação integrados que permitam o monitoramento contínuo das gestantes e a comunicação eficiente entre as equipes, desde a atenção primária até os níveis secundário e terciário.

3. Estabelecer protocolos clínicos e fluxos de trabalho integrados: a discussão, elaboração ou adaptação de protocolos e fluxos de acesso a rede de atenção com os profissionais de saúde é um passo fundamental para garantir o cuidado materno-infantil de forma integrada. A APS deve ser o ponto de partida para o acompanhamento e a identificação precoce de riscos e os fluxos devem ser bem estabelecidos para que, quando necessário, as gestantes sejam encaminhadas de forma eficaz para os demais níveis de atenção, com a continuidade do cuidado assegurada.

4. Implantar programa de educação permanente na rede de atenção: a qualidade do cuidado prestado pela rede de atenção depende da competência técnica e da capacitação contínua dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito ao manejo das gestantes e ao reconhecimento precoce de sinais de risco. Além disso, é importante que a gestão adote os princípios e estimule o trabalho interprofissional no cotidiano dos serviços, promovendo a colaboração entre profissionais de formação diferentes que possam contribuir para o cuidado integral das gestantes. O trabalho integrado e colaborativo é um elemento-chave para o sucesso da coordenação da atenção, uma vez que permite um olhar abrangente sobre as necessidades da gestante, considerando não só os aspectos biológicos, mas também os psicológicos, sociais e ambientais.

5. Estabelecer parcerias intersetoriais e redes sociais de apoio: a gestão deve criar mecanismos para se integrar com outras redes sociais e serviços que possam contribuir para a atenção materno-infantil. Para isso, é necessário estabelecer parcerias intersetoriais, se articulando com outros setores cujo trabalho pode impactar diretamente a saúde das gestantes, como programas de apoio à segurança alimentar e nutricional, programas de prevenção da violência, e estratégias de saúde mental e apoio psicológico. A integração com esses recursos sociais amplia o alcance das ações, criando uma rede de apoio mais robusta e mais eficaz no cuidado ao pré-natal e ao parto e nascimento.

6. Monitorar e avaliar os indicadores da rede de atenção materno-infantil: para garantir a consolidação de redes de atenção, a gestão precisa desenvolver a cultura do monitoramento contínuo dos indicadores de saúde. A análise dos indicadores de processo e resultado fornecem informações valiosas sobre a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados, além de ajudarem na identificação de aspectos que necessitam de intervenção com vistas a melhoria da qualidade do cuidado, identificação de iniquidades, planejamento e alocação de recursos, avaliação e melhoria contínua.

6 REFERÊNCIAS

1. Ruiz JI, Nuhu K, McDaniel JT, Popoff F, Izcovich A, Criniti JM (2015) Desigualdade como um poderoso preditor de mortalidade infantil e materna em todo o mundo. PLoS UM 10(10): e0140796. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140796.

2. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Dispõe sobre a implantação da Rede Alyne. Brasília, DF, 2024.

5. Bittencourt DAS; Vilela MEA; Marques COM; Santos AM, Silva CKRT; Domingues RMSM; Reis AC; Santos GL. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: avaliação do grau de implantação das ações. Ciênc Saúde Coletiva. 2021,26(3):801-821.

6. Leal MC; Esteves-Pereira AP; Vilela MEA; Alves MTSSB; Neri MA; Queiroz RCS; Santos YRP; Silva AAM. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. Ciênc Saúde Coletiva, 2021, 26(3):801-821.

7. Aguiar JM, Azeredo YN, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB . Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2020 (24).

8. Andrade PON; Silva JQP; Diniz CMM; Caminha MFC Caminha. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev Bras Saúde Mater Infant. Recife, 2016, 16 (1): 29-37.

9. Leite RMB, Araújo TVB, Silva MRF, Mendes ACG, Albuquerque MSV. Acesso aos serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco, Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2023, 57(7).

10. Oliveira LLF; Trindade RFC; Santos AAP; Pinto LMTR; Silva AJC; Almeida MS. Caracterização da atenção obstétrica desenvolvida em hospitais de ensino de uma capital do nordeste brasileiro. Rev Bras Enferm 2022, 75 (01): 01-08.

11. Caruaru. Secretaria Municipal de Saúde. Movimento Nascer Bem Caruaru: plano de ação para reestruturação da atenção ao parto e nascimento. Caruaru, PE; 2014, 44p.

12. OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Human Reproduction Programme, 2015, p. 1–8.

13. Mendes EV. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate: Governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2016

14. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. educ. saúde. 2020, 18 (1):1-20.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para o processo de regionalização, planejamento regional integrado e governança de redes de atenção à saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2017.

16. Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 pp.

17. Matus C. Política, planejamento e governo. 2. ed. Brasília, DF:IPEA; 1996. Tomo 1.

18. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

19. OMS. Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas. 2017. [Internet] p. 1-32. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/diretrizes_rede_regional_de_ed._interprofissional_das_americas_reip.pdf

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (origem Portaria GM/MS nº 4279/2010). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF; 2017.

21. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009:43-68.

22. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Explorations in Quality Assessmentand Monitoring. Health Administration Press. 1980. 77-125

23.Vilela MEA, Leal MC, Thomaz, EBAF, Gomes MASM, Bittencourt DAS, Gama SGN *et al*. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. Ciênc Saúde Coletiva, 2021, 26(3):789-800.

24. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. IV Gerência Regional de Saúde. Mapa Macrorregional de Saúde. Caruaru, 2024.

25. Leal NP, Versiani M.H, Leal MC, Santos YRP. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. Ciênc. saúde coletiva. 2021, 26 (3):941-950.

26. Conceição HN, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Madeiro, AP. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. Cad. Saúde Pública. 2023; 39(5):1-11.

27. Viana SBP, Hostins RCL. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. Educ. rev. 2022. 38.

28. Ceccim RB, Prates CC. Educação Interprofissional, Práticas Colaborativas e Micropolítica: o combate incerto dos afetos no capitalismo cognitivo sob o trabalho em Saúde. Interface (Botucatu), 2023, 27.

29. Bretas Junior N, Shimizu HE. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2017; 22(4):1085-1095.

30. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. Ser Social. 2020, 22(46): 9-32.

31. Guimarães RM; Moreira, MR. Mortes maternas como desafio para a assistência obstétrica em tempos da Covid-19 no Brasil. Ver. Bras. Saude Mater. Infant. 2024 (24).

32. Caruaru. Secretaria Municipal de Saúde. Memórias da Atenção Básica, 2011 a 2016. Caruaru, PE; 2016, 96p.