

Atenção ao parto e nascimento: avanços e desafios do Movimento Nascem Bem Caruaru

Childbirth and newborn care: Progress and challenges of the Nascem Bem Movement in Caruaru

Maria Aparecida de Souza¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹, Ana Cláudia Figueiró¹, Paula Regina Luna de Araújo Jácome²

DOI: 10.1590/2358-289820251469889P

RESUMO O estudo avaliou a implementação da atenção ao parto e nascimento em uma maternidade no agreste de Pernambuco, com ênfase na contribuição do Movimento Nascem Bem Caruaru. Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, baseada em um estudo de caso com triangulação de dados e abordagem mista. Utilizaram-se as técnicas de pesquisa entrevista, observação e análise documental. As categorias do contexto foram projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade; e do grau de implantação foram ativação de rede de atenção e compartilhamento do cuidado, boas práticas, monitoramento do cuidado e de resultados, gestão participativa e compartilhada e ambiência. Foi evidenciado um bom desempenho da maternidade nas diretrizes acolhimento, parto assistido por enfermeira obstétrica; vinculação da gestante à maternidade e ambiência adequada às boas práticas. Identificou-se potência na gestão municipal para indução de mudanças, com resultados como aprovação da Lei nº 5.951/2017, sobre a humanização da assistência à gestação, parto e abortamento e a redução dos índices de mortalidade infantil pós-intervenção do Nascem Bem Caruaru. Desafios a serem enfrentados estão relacionados com a dificuldade de superação do modelo intervencionista de atenção ao parto e nascimento e a fragilidade da governança regional.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Ciência da implementação. Assistência perinatal. Parto humanizado.

ABSTRACT *This study evaluated the implementation of maternal and newborn care during labor and birth in a maternity hospital located in the rural region of Pernambuco, Brazil, with a focus on the contributions of the Nascem Bem Caruaru Movement. Employing an evaluative research design grounded in implementation analysis, the study adopted a case study approach with data triangulation and a mixed-methods strategy. Research techniques included interviews, direct observation, and document analysis. The analysis was structured around three contextual categories: government project, state capacity, and governability. The degree of implementation was assessed across five dimensions: activation of the care network and collaborative care practices, adherence to evidence-based practices, monitoring of care and outcomes, participatory and shared management, and the enabling environment. The maternity hospital demonstrated strong performance in several areas, including patient reception protocols, nurse-led obstetric care, the referral process for pregnant women, and the promotion of a care environment conducive to good practices. Municipal governance also showed potential to drive change, as evidenced by the enactment of Law No. 5,951/2017 on the humanization of care during pregnancy, childbirth, and abortion, and by reductions in infant mortality rates following the implementation of the Nascem Bem Caruaru initiative. However, key challenges remain, particularly in overcoming the entrenched interventionist model of childbirth care and addressing weaknesses in regional health governance.*

KEYWORDS *Health assessment. Implementation science. Perinatal care. Humanized birth.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/PE), Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Departamento de Saúde Coletiva (Nesc) - Recife (PE), Brasil.
cidatutora@gmail.com

²Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) - Recife (PE), Brasil.



Introdução

As políticas públicas voltadas à atenção ao parto e nascimento, implementadas nas últimas décadas, têm contribuído significativamente para a redução dos óbitos maternos e neonatais mundialmente¹. Estudo global aponta que a mortalidade materna apresentou uma queda de 30% entre 1990 e 2015¹. No entanto, novos dados revelam retrocessos na saúde materna em várias regiões do mundo, evidenciando a necessidade de intensificar esforços para acabar com a mortalidade materna evitável².

No Brasil, a Rede Cegonha (RC) destacou-se por promover boas práticas obstétricas e oferecer assistência segura ao parto, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal³. Em 2024, o Ministério da Saúde retomou essa iniciativa com o lançamento da Rede Alyne, reforçando o compromisso com a saúde da mulher e do recém-nascido⁴.

Apesar dos avanços, ainda persistem práticas obstétricas inadequadas e taxas elevadas de cesarianas, frequentemente realizadas em desacordo com as evidências científicas⁵⁻⁷. No Brasil, estudos realizados na região Nordeste também apontam para a recorrência desses problemas⁸⁻¹⁰.

No município de Caruaru, Pernambuco, um diagnóstico realizado pela gestão municipal revelou um cenário semelhante, caracterizado por denúncias de violência obstétrica, baixa adesão às boas práticas obstétricas e uma alta taxa de cesarianas, que, em 2012, atingiu aproximadamente 60%¹¹, muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde¹².

Esse cenário levou a gestão municipal de saúde a mobilizar uma ação interinstitucional,

o Movimento Nacer Bem Caruaru (MNBC), que envolveu secretarias municipais, academia, movimento de mulheres, controle social, profissionais de saúde, entre outros. O objetivo central foi mudar a forma de nascer na cidade, incentivando o protagonismo das mulheres e promovendo um parto seguro e humanizado¹¹.

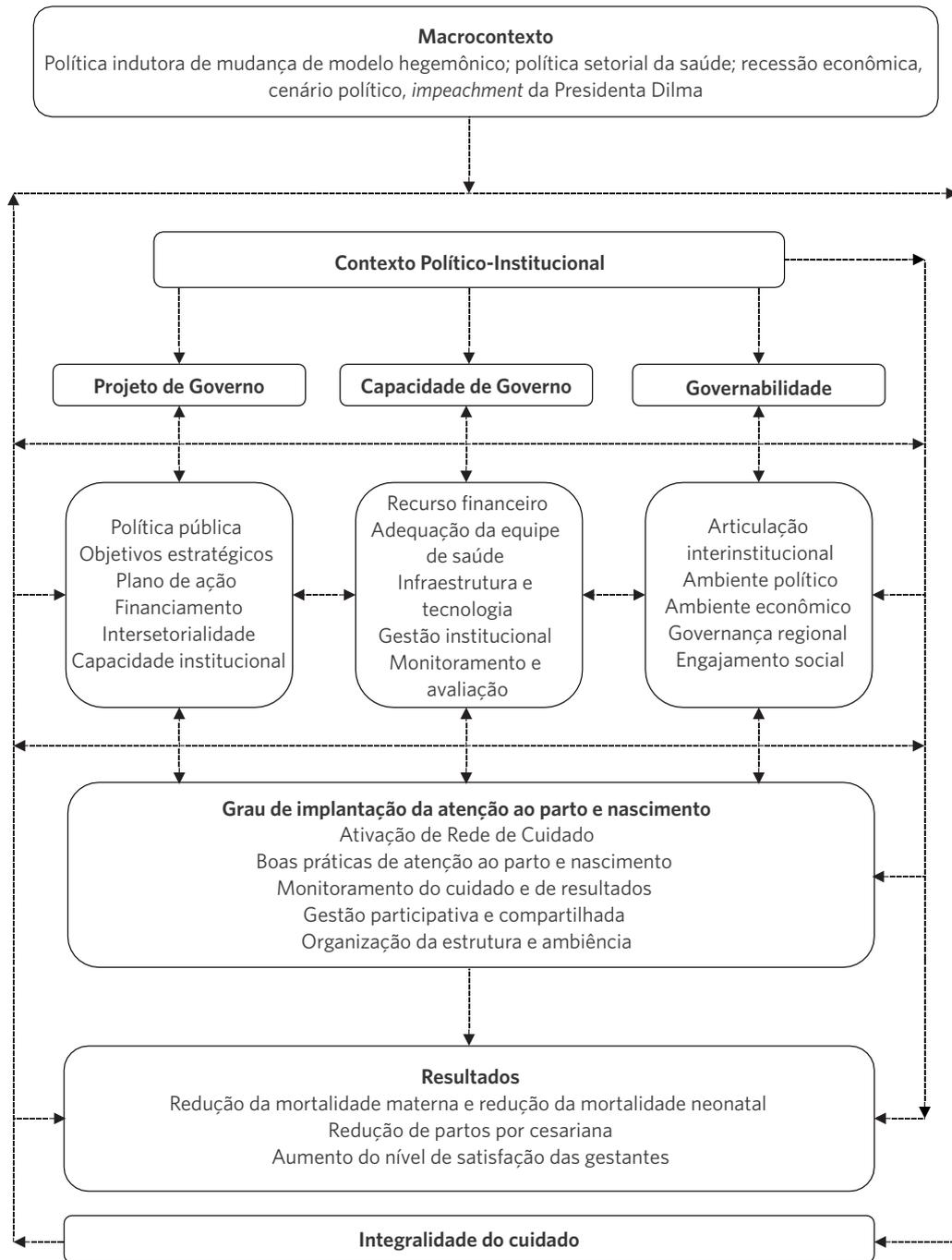
A iniciativa reconheceu a importância de garantir o acesso das mulheres a informações sobre seus direitos, além de implementar mecanismos institucionais para coibir a naturalização de práticas abusivas na atenção ao parto¹¹. Entre as dificuldades identificadas para superar o modelo de atenção hegemônico, destacaram-se fatores como a fragmentação da rede de atenção¹³, a prática profissional pouco colaborativa¹⁴ e a fragilidade da governança regional¹⁵.

Diante dos desafios impostos pelas mudanças propostas e da necessidade de compreender seus efeitos, este artigo apresenta a avaliação da implementação de uma intervenção voltada à melhoria da atenção ao parto e nascimento em uma maternidade sob gestão do município de Caruaru, no agreste de Pernambuco.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação¹⁶, baseada em um estudo de caso com triangulação de dados e abordagem mista, para avaliar a implementação da atenção ao parto e nascimento na maternidade municipal de Caruaru, Pernambuco, no período de 2011 a 2024, com base nas boas práticas difundidas pela RC³. O desenho teórico do estudo está apresentado na *figura 1*.

Figura 1. Desenho teórico do estudo: representação da influência do contexto político-institucional e do grau de implantação da atenção ao parto e nascimento sobre os resultados da intervenção – 2011 a 2024



Fonte: elaboração própria.

Na primeira etapa, qualitativa, a análise do contexto político-institucional foi baseada em um plano que utilizou as categorias projeto de

governo, capacidade de governo e governabilidade¹⁷ (*quadro 1*).

Quadro 1. Plano de análise do contexto político-institucional da implementação da atenção ao parto e nascimento em Caruaru, no período de 2011 a 2024

| Categorias | Subcategorias | Unidades de Análise | Fontes: documento 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 a articulação de diferentes setores ou áreas de atuação | 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 Municipais e profissionais da Maternidade |
| | 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, Regulação, Sistema de Informação e da Maternidade |
| | 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 |
| Governabilidade | Articulação interinstitucional | Capacidade de articular cooperação com outros entes governamentais e atores diversos | Gestores da Secretaria da Saúde, da Secretaria da Mulher, Secretaria de Participação Social, Representante da Universidade |
| | Apoio político | Grau de apoio da imprensa, atores políticos e legislativo | Secretaria de Participação Social. Representante do Câmara de Vereadores, Gestor Municipal de Saúde |
| | 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 | 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: elaboração própria.

Foram realizadas análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave até a saturação dos dados para compreender a realidade (*quadro 2*). As entrevistas foram transcritas e submetidas à

análise de conteúdo de Bardin¹⁸, com base nos referenciais da interprofissionalidade¹⁹, redes de atenção à saúde²⁰, integralidade²¹ e governança¹⁵.

Quadro 2. Informantes-chave e documentos utilizados para a Etapa Qualitativa – Análise do contexto político-institucional

| Representação dos informantes-chave | |
|--|---------------|
| Gestão Municipal | Informante 1 |
| Gestão Municipal | Informante 2 |
| Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional – CIR IV Região de Saúde | Informante 3 |
| Gestão Municipal | Informante 4 |
| Casa de Apoio à Gestante | Informante 5 |
| Gestão Municipal | Informante 6 |
| Gestão Estadual | Informante 7 |
| Movimento de Mulheres | Informante 8 |
| Universidade – Curso de Medicina / UFPE-CAA | Informante 9 |
| Gestão Municipal | Informante 10 |

| Documentos Analisados |
|--|
| Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 – Institui a Rede Cegonha |
| Plano de Ação do Movimento Nascer Bem Caruaru – 2014 |
| Portaria GM/MS nº 715/2022 – Institui a Rede Materna e Infantil (Rami) |
| Portaria GM/MS nº 5.350/2024 – Institui a Rede Alyne |
| Resolução CIR IV R nº 68/2011 – Aprova a Rede Cegonha na IV Região |
| Resolução CIR 119/2012 – Aprova propostas para construção, ambiência e aquisição de equipamentos da Rede Cegonha para municípios da IV Região de Saúde |
| Resolução CIR IV R nº 272/2015 – Altera o desenho da Rede Cegonha na IV Região de Saúde |
| Resolução CIR IV R nº 297/2016 – Aprova construção da Maternidade Municipal de Caruaru |
| Programação Anual de Saúde de Caruaru 2012 |
| Programação Anual de Saúde de Caruaru 2013 |
| Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2014-2017 |
| Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2018-2021 |
| Plano Municipal de Saúde de Caruaru 2022-2025 |
| Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2016 |
| Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2017 |
| Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2018 |
| Relatório Anual de Gestão de Caruaru 2019 |
| Diagnóstico da percepção de puérperas atendidas na Rede de Saúde de Caruaru 2015 |
| Resolução CIR nº 515/2024, aprova a repactuação das referências de assistência ao parto na IV Região de Saúde de Pernambuco |

Fonte: elaboração própria.

Na segunda etapa, de abordagem quantitativa, foi avaliado o grau de implantação do componente parto e nascimento na maternidade municipal, com enfoque na organização dos serviços e nas práticas assistenciais²². A coleta de dados foi realizada entre 2023 e 2024, por meio da análise de prontuários, observação *in loco* e entrevistas estruturadas, com perguntas fechadas. As entrevistas foram realizadas com 11 enfermeiros obstetras, 1 gestor médico, 1 gestor de enfermagem e 142 puérperas, com base em uma estimativa de frequência de 50% e nível de confiança de 95%. Os presentes na maternidade nos dias de coleta de dados foram convidados a participar do estudo. A

participação foi voluntária, sendo respeitada a decisão daquelas que optaram por não participar. Por decisão metodológica, optou-se por não entrevistar médicos da assistência, priorizando a análise documental de prontuários para avaliação de suas condutas clínicas. Essa escolha fundamenta-se no pressuposto de que as boas práticas devem estar adequadamente registradas nos prontuários, conforme normativas da RC³, incorporadas pela gestão local (Informante 1).

Para avaliar o grau de implantação da atenção ao parto e nascimento, foi adaptada uma matriz de julgamento utilizada em estudo de base nacional²³. Para julgamento

da adequação da atenção ao parto e nascimento, foram utilizados como parâmetros: adequado (75,01% a 100%); parcialmente adequado (50,1% a 75%) e não adequado (0% a 50%).

Na terceira etapa, investigou-se como a interação dinâmica entre contexto e as estratégias de implementação influenciaram os resultados da atenção ao parto e ao nascimento¹⁶, revelando relações complexas e multidimensionais.

A pesquisa atendeu às Resoluções nº 466/2012²⁴ e nº 510/2016²⁵ 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 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 67220322.2.0000.5197. Todos os cuidados necessários foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações.

Resultados e discussão

A análise dos resultados deste estudo foi dividida em três etapas: análise do contexto político-institucional da intervenção; avaliação do grau de implantação das diretrizes da RC e influência do contexto e do grau de implantação sobre os resultados do MNBC.

A análise do contexto político-institucional

O DIAGNÓSTICO, A DECISÃO POLÍTICA, AS PROPOSTAS E O PODER PARA REALIZAR A INTERVENÇÃO

Caruaru fica localizada no agreste de Pernambuco, distante 132 km da capital, e tem 378.052 habitantes²⁶. O município configura-se como sede de região e macrorregião de saúde e concentra a infraestrutura de referência em saúde para a IV Região de Saúde (32 municípios) e II Macrorregião de Pernambuco (53 municípios)²⁶.

No período correspondente ao estudo, a região registrou cerca de 18 mil nascimentos por ano, dos quais aproximadamente um terço foi de residentes de Caruaru²⁶. A maioria dos partos ocorria na maternidade sob gestão estadual, que realizava cerca de 6 mil partos anuais²⁷, sendo referência para as gestantes de risco habitual da IV Região de Saúde e de alto risco da II Macrorregião de Saúde (IV e V Regiões de Saúde)²⁶. A rede municipal de saúde, por sua vez, contava com 16 leitos obstétricos no Hospital Geral, realizando aproximadamente 2.300 partos anualmente²⁷.

Conforme relato dos informantes 1 e 2, a sobrecarga da maternidade estadual – que apresentava uma razão de 0,07 leitos por mil habitantes dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), abaixo dos parâmetros recomendados²⁸ –, somada à insuficiência de leitos municipais, levava à transferência sistemática de gestantes de Caruaru e região, independentemente do risco obstétrico, para Vitória de Santo Antão e Recife. Esse cenário crítico levou a gestão municipal a decidir pela reestruturação da atenção ao parto e nascimento no município.

Nesse contexto, iniciaram-se as discussões para implementação da rede materno-infantil na região de saúde, com o objetivo de elaborar o Plano de Ação da RC (Informante 3). Esse processo resultou em uma pactuação que contemplou o município de Caruaru com a implantação de uma maternidade de risco habitual e um Centro de Parto Normal (CPN)²⁶.

Apesar de não ter sido assegurado o financiamento tripartite da RC pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) da IV Região de Saúde, a análise do projeto de governo da gestão municipal revelou a decisão de construir a maternidade. Segundo o Informante 4, essa decisão foi motivada pelo reconhecimento de que a maternidade do Hospital Geral não dispunha de estrutura física nem dos fluxos adequados para a atenção obstétrica segura e humanizada:

Os partos vaginais que existiam eram partos violentos a maior parte deles, [...]o fluxo na maternidade era muito estranho [...] as mulheres que estavam parindo, abortando, ficavam todas na mesma sala com aquela estrutura, né? Tem que ficar deitada, tem que ficar nua, tem que ficar no soro, a família não pode entrar, que não tem acompanhante, ficar com fome, ficar com sede, aquelas intervenções obstétricas que foi visto que são violências obstétricas. (Informante 4).

Práticas obstétricas violentas, intervenções desnecessárias, altas taxas de cesarianas e peregrinação das gestantes também foram observadas em estudos que analisaram a atenção ao parto no nordeste brasileiro^{5,8-10}.

Em resposta a essa situação, em 2014, a intervenção conduzida pela gestão evoluiu para o MNBC, um conjunto de iniciativas voltado à transformação das práticas de atenção ao parto e nascimento no município, com enfoque na promoção do protagonismo da mulher e na garantia do parto seguro e humanizado¹¹.

Decidimos trabalhar uma perspectiva ideológica de mudança da forma de parir. Então se propôs um movimento, porque não adiantava ser uma ação só na maternidade, só no pré-natal, só estrutural, né, de pintar e organizar [...] tinha que ser uma ação em várias frentes, mobilizando a equipe, outras Secretarias e os movimentos sociais. (Informante 4).

Foi constituído um grupo de trabalho interinstitucional que, a partir de um diagnóstico da assistência obstétrica – incluindo a análise do cuidado em rede, do acesso e da adoção de boas práticas obstétricas –, elaborou um plano de intervenção com metas e prioridades voltadas ao alcance de objetivos estratégicos. Esses objetivos incluíram: a organização dos serviços em rede; a mobilização e qualificação dos profissionais da saúde e das usuárias; a estruturação do acesso e a articulação intersetorial¹¹. O modelo de atenção preconizado pela RC serviu de referência para a definição das ações programáticas incluídas no plano de ação municipal¹¹.

A análise da capacidade institucional para a execução do projeto revelou que a gestão municipal foi capaz de estabelecer as condições de governança interna necessárias ao alcance dos objetivos propostos. Um dos exemplos desse esforço foi a elaboração da Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral, instrumento que contribuiu para a organização dos fluxos assistenciais e para a qualificação do cuidado:

O módulo Materno-Infantil foi criado para garantir o acesso e o cuidado integral da gestante [...] os fluxos já passavam por agentes de regulação [...] a novidade é o papel da regulação ser formador, não ser apenas um médico que vai estar lá autorizando [...] eles iam estar observando a rede, observando as suas insuficiências, e iam estar trabalhando na educação permanente desses profissionais. (Informante 2).

A CAPACIDADE DA GESTÃO EM EXECUTAR O MODELO PROPOSTO PARA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A capacidade governamental para executar a intervenção foi considerada satisfatória em aspectos como a articulação política e a captação de recursos financeiros. A análise documental evidenciou a habilidade da gestão municipal em mobilizar atores estratégicos e acessar fontes alternativas de financiamento, como emendas parlamentares, que viabilizariam a construção da maternidade municipal. No entanto, a dependência de recursos extraordinários evidencia uma fragilidade estrutural no financiamento das políticas públicas de saúde, sinalizando a ausência de um planejamento federativo articulado e sustentável para garantir a implementação das ações previstas.

Destacou-se também a habilidade da gestão em operar serviços e programas, evidenciada pela capacidade de formular planos estratégicos e de realizar ajustes diante das mudanças no cenário. Essa competência foi apontada como um exemplo de adaptação

institucional para garantir efetividade nas ações implementadas: *“Foi implantado um núcleo gestor no hospital porque tinha muito conflito [...] e as mudanças corriam o risco de não acontecer, precisou reforço”* (Informante 1).

A inadequação da equipe para a implementação da intervenção foi apontada, nas entrevistas, como um dos principais desafios para a promoção da mudança organizacional, especialmente em razão da cultura institucional predominante, centrada na decisão médica, em consonância com relatos da literatura⁷. É importante destacar que a falta de profissionais não era um problema na maternidade municipal; a principal barreira estava relacionada com a resistência da equipe, formada majoritariamente sob um modelo biomédico tradicional, em aderir às novas diretrizes centradas na humanização do parto. Como contraponto, a gestão propôs uma mudança no modelo de nascimento: *“a gente queria que o foco fosse na mulher, que a equipe discutisse as intervenções com base em evidências científicas”* (Informante 4). Estudos indicam que os profissionais tendem a centralizar decisões durante o parto, desconsiderando as escolhas das mulheres e, assim, perpetuam práticas marcadas por desrespeito e abuso^{29,30}. Esse cenário mostra-se incompatível com o modelo de trabalho colaborativo, que diversos autores reconhecem como promotor de transformações na prática profissional e na qualificação do cuidado^{14,31,32}.

Os relatos evidenciaram que, além da resistência às mudanças propostas, havia uma descrença significativa quanto à sua viabilidade prática. Com o objetivo de desconstruir essa percepção, a gestão municipal organizou uma visita à Maternidade Sofia Feldman, em Belo Horizonte, referência em parto humanizado. A experiência foi um marco simbólico de ruptura cultural com a lógica tecnocrata do parto: *“Eu vim grávida da maternidade Sofia Feldman, grávida de ideias, abertas [...] para que esse campo de afeto, de acolhimento, pudesse crescer”* (Informante 5).

Segundo o Informante 4, um dos desdobramentos da visita foi a elaboração de protocolos clínicos-assistenciais pela equipe da maternidade. Esses documentos foram submetidos à consulta pública e, posteriormente, validados, contribuindo para institucionalizar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento: *“se a gente não envolve os trabalhadores na construção dos protocolos, a chance de serem um papel morto é enorme. [...] Fica mais difícil a adesão”* (Informante 4).

Com relação à infraestrutura e tecnologia para integração da rede, o Informante 6 relatou que, inicialmente, havia limitações importantes, sobretudo nas áreas rurais. Com o tempo, ocorreram avanços, como a implantação dos prontuários eletrônicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na maternidade, que passaram a disponibilizar o histórico clínico das gestantes em formato digital, favorecendo a continuidade do cuidado entre os diferentes serviços. No entanto, apesar da disponibilidade dessas ferramentas, sua utilização plena ainda enfrenta entraves relativos à capacitação e ao engajamento dos profissionais, o que limita seu potencial integrador. Esse cenário evidencia a necessidade de desenvolver competências para o trabalho em equipe e o uso qualificado da informação em saúde, elementos essenciais para a efetivação da integralidade do cuidado^{31,32}.

No que se refere ao monitoramento e à avaliação, não foram identificados registros formais de processos sistemáticos voltados à mensuração do desempenho e do progresso das ações implementadas – apesar de o Informante 6 ter confirmado a disponibilidade de tecnologias para essa finalidade. Essa lacuna reflete um desafio persistente na gestão pública relacionada com a incipiente institucionalização da cultura avaliativa, que compromete a capacidade de produzir informações qualificadas para subsidiar a tomada de decisões, dificultando os ajustes oportunos, a mensuração de resultados e, conseqüentemente, a sustentabilidade e o aprimoramento contínuo da intervenção.

CONDIÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS QUE PERMITEM A GOVERNABILIDADE

Apesar do cenário político favorável entre 2011 e 2016, com alinhamento entre os níveis municipal, estadual e federal, essa conjuntura não se traduziu na efetiva implementação da RC na IV Região de Saúde.

Nos anos seguintes, alternaram-se momentos de convergência e conflito entre gestores municipais e estaduais, especialmente em relação ao financiamento, considerando que o governo estadual restringia seu aporte às maternidades de alto risco, enquanto os municípios reivindicavam apoio também para as maternidades de risco habitual (Informantes 3, 7). Esse impasse comprometeu a pactuação de uma rede regional integral e solidária no âmbito da CIR, evidenciando a fragilidade do papel coordenador do estado de Pernambuco na indução de políticas regionais e, consequentemente, enfraquecendo a governança regional³³. Essa constatação converge com a análise de Mendes¹³, segundo a qual a consolidação das redes regionais exige transformações estruturais nos modelos de gestão, de atenção e de financiamento do SUS, sustentadas por decisões tomadas em espaços de governança fortalecidos.

A ausência de financiamento tripartite comprometeu a implantação dos serviços pactuados na rede regional, sobrecarregando a maternidade estadual, que já apresentava bloqueios frequentes de admissão⁹. Além disso, a ocupação da maternidade com partos de baixo risco restringia o acesso das gestantes de alto risco, que deveriam ser prioritariamente atendidas naquele serviço (Informante 3).

Nesse contexto, a gestão municipal buscou fortalecer sua governabilidade por meio de alianças estratégicas com diferentes atores, para criar as condições necessárias para modificar essa realidade. Foram estabelecidas articulações com profissionais de saúde, núcleo dirigente da administração municipal, Conselho de Saúde e veículos de imprensa, mobilizando apoio institucional e comunitário

para a iniciativa (Informante 4). Essa estratégia se alinha à teoria de Matus¹⁷, que destaca a importância dos atores estratégicos na ampliação da governabilidade.

A participação ativa da sociedade civil também foi marcante, com o envolvimento da universidade e dos movimentos sociais articulados pela Secretaria da Mulher e Secretaria de Participação Social, que discutiram o projeto de intervenção em audiência pública na Câmara de Vereadores (Informante 4). Uma representante do movimento de mulheres destacou: “o movimento trouxe a mulher como protagonista [...] um indicador importante de avaliação da assistência ao parto, que é o relato da parturiente” (Informante 8).

O estudo identificou a universidade como parceira estratégica do MNBC, atuando como consultora técnica para a gestão e conferindo maior solidez às intervenções realizadas:

A forma como a Secretaria de Saúde lidou com a chegada da universidade, percebendo a janela de oportunidade, não aconteceu em outras cidades que tiveram cursos novos implantados. [...] Tem cidade que a universidade quando chegou foi vista como uma ameaça na disputa do poder local. [...] ter conseguido implementar coisas em um momento de restrição financeira, só foi possível pela decisão de juntar forças, reunir atores. (Informante 9).

O MNBC extrapolou os limites de uma intervenção institucional, promovendo engajamento e senso de pertencimento entre os envolvidos:

Às vezes, na gestão pública, a gente subestima a necessidade de mobilizar as pessoas para participar das decisões que vão afetar elas diretamente, mobilizar os afetos, o interesse, a atenção, a implicação com os processos. (Informante 9).

Observou-se um fortalecimento local para a condução da intervenção, inclusive no âmbito financeiro, evidenciado pelo aumento do investimento em saúde de 18,26% em 2011 para

27,18% em 216 (Informante 10). No entanto, as ações, as articulações e os aportes destinados foram afetados pelas mudanças no cenário nacional e local, especialmente após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e a transição na gestão municipal. Esses eventos evidenciam como a instabilidade política pode fragilizar intervenções públicas e comprometer sua sustentabilidade, sobretudo aquelas que exigem continuidade e articulação inexistente¹⁷.

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

O grau de implantação das ações preconizadas para a atenção ao parto e nascimento foi classificado como parcialmente adequado (70,8%) (tabela 1), resultado semelhante ao observado nas demais regiões do País, exceto na região Norte, que apresentou grau de implantação inadequado⁵.

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% |

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 |
|---|-------------------------|
| 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% |
| 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: elaboração própria.

Nota: escore de implantação: 75,01% a 100% = adequado; 50,01% a 75% = parcialmente adequado; 0 a 50% = não adequado.

Na análise por diretrizes, a ‘organização da estrutura e da ambiência’ atingiu 100% de adequação em todos os itens, destacando-se a existência de quartos com banheiro exclusivo e chuveiro com água quente, que garantem privacidade e conforto às mulheres, aspectos importantes para o bom desenrolar do parto⁶. Por se tratar de uma maternidade de risco habitual, a maternidade municipal não dispõe de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal ou Unidade de Cuidado Intermediário, mas, possui uma sala de cuidado neonatais com respiradores, berços aquecidos, incubadoras e monitores multiparâmetros para assistência ao recém-nascido. A acessibilidade foi classificada como adequada, com estrutura compatível às normas de inclusão. Esses resultados superam os encontrados em estudo nacional⁵, que apontou inadequações em mais de 40% das maternidades nas salas de acolhimento, classificação de risco, exames clínicos e de admissão. Em 43%, o alojamento conjunto foi classificado como inadequado, e em 87%, as condições de acesso também foram consideradas inadequadas⁵. Outros estudos corroboram a inadequação da estrutura e ambiência de maternidades^{34,35}.

A diretriz ‘ativação da rede de cuidados e compartilhamento de saberes’ obteve 77,6% de adequação, com destaque para acolhimento humanizado, escuta qualificada e comunicação efetiva, elementos associados à maior satisfação das puérperas²⁹.

Outro destaque foi a ‘vinculação da gestante à maternidade de referência’, um indicador importante de qualidade, que alcançou 91,6%, superando expressivamente a média nacional (20,5%)⁵. Em contrapartida, o ‘esclarecimento sobre a situação na classificação de risco’ (34,3%) e a ‘garantia da contrarreferência para a atenção básica’ (32,5%) mantiveram-se em níveis similares aos nacionais, com 47,9% e 24,3% respectivamente⁵, indicando fragilidades persistentes. Estudo em outro município de Pernambuco mostrou o acolhimento com classificação de risco como parcialmente implantado (61,4%)³⁴.

A diretriz das ‘boas práticas de atenção ao parto e nascimento’ foi classificada como parcialmente adequada (72,6%). Houve destaque positivo para a garantia do direito a acompanhante de livre escolha (98,8%), o parto de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras (100%), o estímulo à deambulação (86,5%) e o uso de posições não supinas (77,3%). No entanto, a oferta de alimentos (49,6%), a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor (31,6%) e o partograma preenchido (47,7%) foram considerados inadequados, refletindo uma realidade nacional crítica, especialmente em relação ao partograma, cuja baixa adesão compromete a qualidade da assistência⁵. Essa situação é preocupante, considerando evidências científicas que apontam que o seu correto preenchimento diminui intervenções desnecessárias e contribui para melhores desfechos obstétricos⁶.

A diretriz ‘não aplicação de intervenções desnecessárias’ na mulher foi considerada adequada (78,1%), com baixa frequência de práticas como uso de drogas uterotônicas (88,6%), manobra de Kristeler (96,2%), episiotomia (75,5%), venóclise (74,4%) e amniotomia (61,1%). Registros médicos inelegíveis em alguns prontuários dificultaram a verificação de informações. Ainda assim, os resultados superaram os de outro estudo, nos quais essa diretriz foi considerada apenas parcialmente implantada no município (55,7%)³⁴.

Por outro lado, ‘o monitoramento do cuidado e dos resultados da assistência ao parto’ foi classificado como inadequado (28,2%), revelando a ausência de uma cultura institucional de avaliação sistemática de processos e resultados. Esse cenário compromete a melhoria contínua da qualidade e reflete uma tendência nacional, com as maternidades apresentando deficiência nesse aspecto⁵.

Por fim, a diretriz ‘gestão participativa e compartilhada’ também apresentou baixo desempenho (25%), evidenciando a falta de espaços de escuta e valorização dos profissionais de saúde, bem como a ausência de mecanismos eficazes de respostas às demandas dos

usuários. Esses achados estão em consonância com estudos que apontam falhas estruturais na participação de trabalhadores nos espaços de gestão colegiada^{5,34}.

A influência do contexto e do grau de implantação sobre os resultados

Os achados do estudo evidenciam que, embora a implementação da atenção ao parto e

nascimento tenham enfrentado obstáculos significativos, como a fragilidade da governança regional e a ausência de um financiamento devidamente pactuado, o contexto político-institucional exerceu influência positiva sobre o grau de implantação da intervenção. Há indicativos de que essa condição favoreceu a materialização de ações que resultaram em ganhos concretos para a população-alvo (quadro 3).

Quadro 3. Resultado da Influência do contexto político-institucional e do grau de implantação sobre os resultados de implementação do componente parto e nascimento

| Contexto político-institucional | Grau de implantação da atenção ao parto e nascimento | Produtos | Resultados |
|--|---|---|---|
| Rede Cegonha - 2011 | Resultado Geral: Grau de Implantação (GI) parcialmente adequado (70,8%) Resultado das Diretrizes (D): | Maternidade municipal | Satisfação das mulheres com a assistência ao parto: |
| Alinhamento político dos Governos Municipal, Estadual e Federal - 2011-2016 | | Casa de Apoio à Gestante Colegiado Gestor da Maternidade Gratificação médica baseada nas boas práticas obstétricas Protocolos assistenciais de Pré-Natal Centro de Parto Normal | 2015 = 97% de avaliação positiva Redução de cesarianas: 2012 a 2016 = queda de 26,63% |
| Programa Mais Médicos: Provimento de Profissionais 2013 - 2014 Implantação do Curso de Medicina UFPE/CAA - 2014 | D1 - Ativação da Rede de Cuidado = GI Adequado (77,6%) Acolhimento = Adequado (88,5%) Classificação de Risco = Não adequado (35,5%) Cuidado em Rede e Acesso = Adequado (75,7) | Conversão dos leitos obstétricos do hospital geral em maternidade com 40 leitos Componente Gestante na Norma Operacional de Acesso (NOA) Câmara Técnica de Enfrentamento a Violência Obstétrica | Redução da mortalidade Materna de 66,5% entre 2013 e 2022 Redução da Mortalidade neonatal de 46,8% entre 2013 e 2021 |
| Captação de Recursos para Maternidade - Emendas Parlamentares - 2014-2015-2016 | | Lei nº 5.668/2026 - Direito a acompanhante de livre escolha e a doula Lei nº 5.622/2016 - institui o Sistema Integrado Saúde Escola do SUS (SISE-SUS) | Satisfação das mulheres com a assistência ao parto: 72,2% (2024) |
| Publicação da Política Rede Cegonha - 2011 | D2 - Boas práticas de atenção ao parto = GI parcialmente adequado (72,6%) Direito a acompanhante de livre escolha (98,8%) Boas Práticas de atenção a mulher (52,8%) | Lei municipal nº 5.951/2017 - Parto seguro e humanizado Cursos de Formação de Doulas Cursos de Formação de Casais Grávidos | Aumento de cesarianas: 55,4% entre 2016 e 2019 Aumento da mortalidade materna: 6,7% entre 2019 e 2020 |
| <i>Impeachment</i> da Presidente Dilma - 2016 | Boas Práticas de atenção a mulher (52,8%) | | Aumento da Mortalidade neonatal: 43,3% entre 2021 e 2022 |
| Mudança na gestão municipal - 2017 | Não aplicação de intervenções desnecessárias (78,1%) | | |
| Descontinuidade do Movimento Nascer Bem Caruaru - 2017 | | | |
| Descontinuidade da Rede Cegonha - 2022 | D5 - Organização da estrutura e ambiência = GI Adequado (100%) Ambiência e acessibilidade adequadas na porta de entrada; no PPP; no Alojamento Conjunto e na Unidade Neonatal (100%) | | |
| Pandemia da covid-19 - 2020-2023 | | | |
| Rami - 2022 | | | |
| Rede Alyne - 2024 | | | |

Fonte: elaboração própria.

Entre 2013 e 2022, observou-se uma tendência de redução da mortalidade materna, apesar de um pico em 2020, possivelmente associado ao impacto da pandemia da covid-19. No mesmo período, a mortalidade neonatal também apresentou uma trajetória descendente mesmo com aumento nos dois últimos anos da série. Esses achados sugerem que a intervenção produziu resultados significativos, particularmente nos anos de maior estabilidade político-institucional, contexto que favoreceu a ampliação das ações do MNBC.

A associação entre boas práticas – como o parto de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras, acompanhante de livre escolha, partograma preenchido, não aplicação de intervenções desnecessárias – e a redução da mortalidade evitável é amplamente documentada na literatura^{2,36}. Nesse sentido, os dados locais se coadunam com a hipótese de que a qualidade da atenção prestada foi determinante para os resultados obtidos.

A análise dos partos por cesariana entre 2012 e 2016 revela uma queda de 26,63%²⁷, apresentando uma tendência de declínio no número de partos cirúrgicos, período que coincide com a implementação das diretrizes do MNBC, que privilegiavam a condução do parto normal de forma segura e humanizada¹¹. No entanto, entre 2016 e 2019, houve um aumento de 55,4% nas cesarianas²⁷, representando um retorno ao modelo hospitalocêntrico e biomédico, centrado no risco obstétrico, em detrimento da abordagem integral, humanizada e territorializada³⁷.

Outro aspecto relevante diz respeito à satisfação das mulheres com a atenção recebida, indicador que também refletiu o impacto positivo da intervenção. Os índices de satisfação com a assistência ao parto, embora tenham decrescido de 97% (2015)³⁸ para 72,2% (2024), permaneceram elevados. Essa redução pode estar associada às mudanças institucionais, incluindo a menor adesão às práticas humanizadas e articulação intersetorial menos efetiva. Estudos que avaliaram a satisfação das parturientes destacaram que o parto não é

um evento meramente técnico e que atributos como a humanização conferem qualidade à assistência^{6,39}.

O período de maior efetividade do MNBC ocorreu entre 2014 e 2016, quando foram implementadas diversas iniciativas, com destaque para a conversão dos leitos obstétricos do hospital geral em maternidade, implantação de um CPN, vinculação prévia da gestante à maternidade, mobilização social para coleta de assinaturas para lei de iniciativa popular para o parto seguro e humanizado e a criação da Câmara Técnica de Enfrentamento da Violência Obstétrica (Informante 4). O período pós-2016, marcado por mudanças no cenário político nacional e por transição na gestão municipal, coincidiu com a interrupção das ações do MNBC e tendência ascendente nos indicadores analisados – mortalidade materna e neonatal e taxa de cesarianas. Esses achados sugerem possível associação entre a descontinuidade das intervenções do MNBC e a deterioração dos resultados obstétricos, embora outros fatores contextuais não possam ser descartados.

O lançamento da Rede Alyne, em 2024, configura uma janela de oportunidade para os gestores públicos rearticularem a organização da atenção ao parto e nascimento. Essa nova política, ao recuperar os princípios fundamentais da RC, oferece um marco institucional para recompor práticas baseadas em evidências; diretrizes claras para superação da fragmentação observada no período anterior; e instrumentos para realinhamento do sistema com os princípios de equidade e integralidade⁴.

A experiência de Caruaru ilustra, portanto, a complexa interdependência entre contexto, implantação e resultados, apontando caminhos para o aprimoramento contínuo das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil.

Considerações finais

Considerando que os desfechos maternos e neonatais indesejados ainda são frequentemente

associados a condutas inadequadas, intervenções desnecessárias e à baixa vinculação da gestante à maternidade, constata-se que a qualidade da atenção permanece no cerne dos problemas relacionados com o parto e nascimento.

Nesse sentido, os achados deste estudo reconhecem que as intervenções realizadas pelo MNBC, alinhadas ao modelo de atenção da RC e mediadas por mudanças no contexto político-institucional, promoveram avanços na atenção ao parto e nascimento em Caruaru. A experiência evidencia a importância de políticas sustentadas por financiamento adequado, governança efetiva e compromisso político intersetorial.

A análise revela uma sinergia entre as intervenções do MNBC fundamentadas no modelo da RC, as mudanças no cenário político-institucional e a melhoria dos indicadores de parto e nascimento em Caruaru.

Avanços significativos foram consolidados para a melhoria da qualidade da atenção, incluindo o aumento do acesso à rede de cuidado e a adequação da estrutura para a atenção ao parto e nascimento. No entanto, aspectos como a consolidação de boas práticas obstétricas, o cuidado compartilhado, a gestão participativa e o monitoramento contínuo da atenção e dos resultados ainda se mostram vulneráveis às mudanças no contexto político-institucional, especialmente diante de alterações no funcionamento da rede de saúde, das políticas públicas e da alternância da gestão.

Assim, embora o MNBC tenha conseguido implementar um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, a descontinuidade das ações impactou negativamente os indicadores, reiterando que conquistas na saúde pública dependem não apenas da qualidade técnica das intervenções, mas também da estabilidade e da coerência das políticas públicas.

No período posterior a essas mudanças, registrou-se um aumento nos indicadores de mortalidade materna e neonatal, indicando a necessidade de novos estudos que aprofundem

as causas desses óbitos, especialmente os ocorridos entre 2021 e 2022, a fim de investigar uma possível correlação com os impactos da pandemia da covid-19.

Com base nas reflexões deste estudo, recomenda-se a promoção de espaços de diálogo plurais e participativos entre a gestão, os profissionais de saúde e as usuárias, além do fortalecimento do trabalho colaborativo e da educação permanente como estratégias para a consolidação das boas práticas obstétricas. Tais iniciativas podem contribuir para institucionalizar as intervenções voltadas à melhoria do cuidado ao parto e nascimento.

Ressalta-se, ainda, a importância do fortalecimento da governança regional, especialmente no âmbito da CIR, como estratégia para garantir o financiamento e a organização das redes de atenção à saúde. Para isso, é fundamental estabelecer acordos intergestores robustos, que definam metas claras, responsabilidades compartilhadas e que promovam uma gestão integrada e eficiente do sistema de saúde.

Colaboradoras

Souza MA (0000-0002-5374-3487)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, aquisição, análise e interpretação dos dados, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de seu conteúdo intelectual, e aprovação da versão final do manuscrito. Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* e Figueiró AC (0000-0003-0718-5426)* contribuíram para delineamento, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de seu conteúdo intelectual, e aprovação da versão final do manuscrito. Jácome PRLA (0000-0003-3691-9716)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Ruiz JI, Nuhu K, McDaniel JT, et al. Inequality as a powerful predictor of infant and maternal mortality around the world? *PLoS One*. 2015;10(10):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140796>
- World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso em 2024 jun 22]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2011 jun 27 [acesso em 2024 jul 14]; Edição 148; Seção I:109-11. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a implantação da Rede Alyne. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 set 13 [acesso em 2024 maio 29]; Edição 178; Seção I:90. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
- Bittencourt DAS, Vilela MEA, Marques COM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):801-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
- Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):823-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>
- Aguiar JM, Azeredo YN, D'Oliveira AFPL, et al. Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e200231. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200231>
- Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016;16(1):29-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
- Leite RMB, Araújo TVB, Silva MRF, et al. Acesso aos serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco, nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2023;57(7):1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004335>
- Oliveira LLF, Trindade RFC, Santos AAP, et al. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20200896. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0896>
- Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru (PE). Movimento Nascer Bem Caruaru: plano de ação para reestruturação da atenção ao parto e nascimento [Internet]. Caruaru: Secretaria Municipal; 2014 [acesso em 2024 maio 16]. 44 p. Disponível em: <https://saudecaruaru.pe.gov.br/smscaruaru2013/images/PDF/PROJETOLEIFINAL.pdf>
- World Health Organization. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. [Genebra: OMS]; 2015 [acesso em 2024 maio 2]. p. 1-8. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Mendes EV. A governança regional das redes de atenção à saúde [Internet]. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Conass; 2016 [acesso em 2024 maio 2]. p. 49-93. (CONASS Debate, 6). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>

14. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017 [Internet]. Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 ago 18 [acesso em 2024 fev 11]; Edição 159; Seção I:96-97. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html
16. Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.
17. Matus C. Política, planejamento e governo [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ipea; 1996 [acesso em 2024 abr 14]. 292 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/16296?mode=full>
18. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.
19. Organización Panamericana de la Salud. Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas [Internet]. Geneva: OPAS; 2017 [acesso em 2024 fev 27]. 30 p. Disponível em: https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/diretrizes_rede_regional_de_ed_interprofissional_das_americas_reip.pdf
20. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 maio 29]; Edição 190(supl); Seção I:192. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
21. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos [Internet]. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2009 [acesso em 2024 maio 28]. p. 43-68. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>
22. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor: Health Administration*; 1980. 2 v. p. 77-125.
23. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>
24. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
25. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 153; Seção I:44-46.
26. Secretaria Estadual de Saúde (PE), IV Gerência Regional de Saúde. Mapa de saúde: IV região de saúde de Pernambuco [Internet]. Caruaru: Secretaria Estadual de Saúde; 2021 [acesso em 2024 abr 1]. 112 p. Disponível em: https://portal-antigo.sau.gov.br/sites/portal.sau.gov.br/files/mapa_de_sau_2020_iv_regiao_de_sau.pdf
27. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Tabnet*. Brasília, DF: MS; 2024 [acesso em 2024 jul 24]. Disponível em: <https://datasus.sau.gov.br/informacoes-de-sau-de-tabnet/>

28. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. *Serv Soc Rev*. 2014;16(2):5-35. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v16n2p05>
29. Leal NP, Versiani MH, Leal MC, et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):941-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>
30. Conceição HN, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, et al. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(5):e00236922. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT236922>
31. Viana SBP, Hostins RCL. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. *Educ Rev*. 2022;38:e26460. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-469826460>
32. 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:e230399. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230399>
33. Bretas Junior N, Shimizu HE. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1085-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>
34. Silva CPMFS. Avaliação da Rede Cegonha no município de Jaboatão dos Guararapes/PE [dissertação na Internet]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso em 2024 jan 21]. 78 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/54587>
35. Pashe DFP, Pessatti MP, Silva LBRAA, et al. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):887-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020>
36. Vicente AG, Hortolam IM, Flandoli ALS, et al. Explorando a relação entre a adequada atenção à mulher no parto e a mortalidade neonatal evitável no Brasil: uma análise epidemiológica de 2018 a 2022. *Rev Ibero-Am Humanid Ciên Educ*. 2024;10(6):3832-42. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.14673>
37. Mortelaro PK, Cirelli JF, Narchi NZ, et al. Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. *Saúde debate*. 2024;48(140):e8152. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408152P>
38. Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru (PE). Memórias da atenção básica, 2011 a 2016. Caruaru: Secretaria Municipal de Saúde; 2016. 96 p.
39. Gagnon R, Orellana PL. Humanization of birth, women's empowerment, and midwives' actions and knowledge: experiences from Quebec and Chile. *Saúde debate*. 2022;46(135):987-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213503>

Recebido em 17/10/2024

Aprovado em 19/06/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório de dados (<https://doi.org/10.48331/scielodata>.

CHSQVZ)

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos