

Movimentos de mudança no cuidado em saúde das mulheres em hospitais de ensino no Brasil

Movements toward change in women's health care in teaching hospitals in Brazil

Roberto Allan Ribeiro Silva¹, Larissa Fernanda do Couto Brandi¹, Ricardo Tavares², Serafim Barbosa dos Santos Filho³, Gilles Monceau⁴, Kleyde Ventura de Souza¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514710584P

RESUMO Este estudo tem como objetivo analisar os principais resultados do Projeto ApiceON quanto ao componente 'Atenção', destacando seus acúmulos e repercussões. Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários produzidos de 2017 a 2020, durante a execução do projeto em 96 hospitais de ensino distribuídos por todas as regiões do Brasil. Analisaram-se indicadores estratégicos e itens avaliativos relacionados ao componente Atenção, com foco na evolução temporal nos eixos temáticos do projeto. Os resultados evidenciam avanços na atenção ao parto e nascimento, com redução da proporção de itens 'inexistentes' e ampliação dos classificados como 'avançados', refletindo na incorporação e expansão de boas práticas. Houve destaque para melhorias nas Boas Práticas de Atenção e Vigilância de Condições de Saúde, especialmente nos hospitais das regiões Nordeste e Centro-Oeste. Houve, também, incremento no percentual de hospitais com enfermeiras obstétricas na assistência, inserção de dispositivos intrauterinos pós-parto imediato e realização de partos com presença de acompanhante. O Projeto demonstrou capacidade de induzir mudanças nos serviços de saúde, promovendo a qualificação do cuidado obstétrico e neonatal e contribuindo para a construção de práticas baseadas em direitos reprodutivos e segurança do cuidado à mulher e ao recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE Maternidades. Hospitais de ensino. Qualidade da assistência à saúde. Centros de saúde materno-infantil. Obstetrícia.

ABSTRACT *This study aims to analyze the primary outcomes of the ApiceON Project within its care component, highlighting its developments and impacts. This descriptive study is based on secondary data produced from 2017 to 2020 during the project's implementation in 96 teaching hospitals distributed across all Brazilian regions. We analyzed the strategic indicators and evaluation items related to the care component, focusing on temporal trends across the project's thematic axes. The results indicate advances in childbirth and newborn care, with a reduction in the proportion of items classified as 'nonexistent' and an increase in those labeled 'advanced', reflecting the incorporation and expansion of best practices. Improvements in best practices for care and Health Conditions Surveillance were particularly notable in hospitals located in the Northeast and Midwest. We observed an increase in the percentage of hospitals with obstetric nurses providing care, the use of immediate postpartum intrauterine devices, and childbirths attended by a companion. The project revealed the capacity to drive change in health services, promoting the qualification of obstetric and neonatal care and contributing to the development of practices grounded in reproductive rights and the safety of care for women and newborns.*

KEYWORDS *Hospitals, maternity. Hospitals, teaching. Quality of health care. Maternal-child health services. Obstetrics.*

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
roberto.allan@ufvjm.edu.br

²Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto (MG), Brasil.

³Secretária de Saúde de Belo Horizonte (SSBH) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴CY Cergy Paris Université – Cergy-Pontoise, França.



Introdução

A atenção à saúde das mulheres tem sido amplamente debatida no campo acadêmico e nas políticas globais, sendo eixo central na garantia dos direitos humanos¹. A luta pela efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos tem se constituído em uma agenda histórica dos movimentos feministas e sociais, enfrentando resistências normativas, institucionais e culturais^{2,3}.

No Brasil, a afirmação da saúde e dos direitos das mulheres nas últimas décadas está associada tanto a políticas transversais como à Política Nacional de Humanização (PNH) e a políticas específicas tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Rede Cegonha e, mais recentemente, a Rede Alyne^{4,5}. Essas iniciativas objetivam reorientar um modelo historicamente marcado pela tecnocracia e pela medicalização do corpo feminino⁶.

Nesse contexto, é preciso romper com a lógica que reduz as mulheres a objetos passíveis de intervenções técnicas fragmentadas, reconhecendo-as como sujeitos ativos na produção do próprio cuidado⁷. Isso implica deslocar a ênfase exclusiva na intervenção biomédica para um olhar que valorize suas experiências e saberes, atuando com as mulheres em redes vivas de saberes, práticas e afetos que ampliem territórios de cuidado^{8,9}.

A aposta no protagonismo de coletivos diversos constitui resistência aos silenciamentos impostos por modelos hegemônicos, moldados por uma lógica patriarcal que historicamente desconsidera o corpo e as experiências das mulheres⁹. Desnaturalizar esse modelo exige problematizar normas sociais que legitimam práticas intervencionistas e reproduzem as opressões interseccionais de gênero, que, articuladas a fatores como raça, classe e geração, perpetuam desigualdades estruturais no cuidado¹⁰⁻¹².

Nesse sentido, a PNH propõe reconhecer e incluir sujeitos, coletivos e conflitos, (trans) formando os serviços de saúde em territórios de cuidado que atendam tanto a quem é

cuidado como a quem cuida¹³. Essa concepção ampliada de cuidado influenciou políticas de transformação das práticas de saúde, promovendo mudanças no fazer, na autonomia e nos espaços coletivos de análise e decisão¹³. Inspirada nos princípios éticos e metodológicos da PNH, a Rede Cegonha foi lançada em 2011 como resposta ao desafio de transformar o modelo de atenção obstétrico-neonatal no Brasil⁶.

Essa iniciativa tensionou os modos instituídos de gestão, processos e práticas de cuidado, não se limitando à busca por maior eficácia na atenção e na gestão, mas incorporando um modo próprio de fazer política e de intervir no campo da saúde¹⁴. Suas diretrizes abrangem tanto a dimensão ética no atendimento e na prestação de serviços como a reorganização das práticas, dos processos de trabalho e dos fluxos assistenciais, com o objetivo de ampliar o acesso e a qualificação do cuidado⁶.

Entre as estratégias da Rede Cegonha, destaca-se o Projeto ApiceON, iniciativa nacional que utilizou hospitais de ensino como campo estratégico para promover mudanças nos modelos de cuidado, ensino e gestão voltados à saúde de mulheres e crianças. O projeto teve como premissas a transformação do cuidado à mulher, incluindo gestação, parto, saúde sexual e reprodutiva; atenção ao abortamento e às situações de violência; além da ampliação da integração ensino-serviço para qualificar práticas de cuidado e formação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS)^{15,16}.

Fundamentado no conceito de transversalidade e na realização de análises coletivas do trabalho, a implantação do ApiceON objetivou expandir e qualificar as práticas de atenção, formação e gestão. Configurou-se como intervenção institucional para transformar os territórios de atenção às mulheres, mobilizando aportes metodológicos que favoreceram a incorporação de boas práticas e o aprimoramento das equipes multiprofissionais¹⁶.

Propõe-se uma análise crítica e articulada dos avanços e desafios, bem como de estratégias para a sustentabilidade das ações

desenvolvidas no conjunto dos hospitais participantes, com foco no componente Atenção. Para tanto, define-se como objetivo deste estudo analisar os principais resultados do ApiceON nesse componente, destacando seus acúmulos, repercussões e interfaces com a transformação do modelo de cuidado.

Material e métodos

Este é um estudo descritivo baseado em dados secundários do projeto multicêntrico ApiceON, promovido pelo Ministério da Saúde, conduzido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que envolveu nacionalmente 96 hospitais de ensino vinculados ao SUS. Os hospitais elegíveis para a amostra realizaram mais de mil partos em 2015, segundo o Sistema de Informações Hospitalares¹⁴.

A implantação baseou-se no apoio institucional e na cogestão¹⁷, valendo-se da pactuação de arranjos e ações por meio de ferramentas metodológicas e de avaliação transversal. O projeto considerou os contextos institucionais como base analítica e organizou-se nos três componentes estruturados em diretrizes, dimensões e itens avaliativos¹⁴.

Este estudo está centrado no componente Atenção, subdividido em quatro diretrizes: (i) Acolhimento: vinculação entre profissionais e usuárias, respeito à diversidade cultural, étnico-racial, atenção a populações vulneráveis e adoção do acolhimento com classificação de risco obstétrico; (ii) Boas Práticas: promoção de práticas baseadas em evidências, redução de intervenções desnecessárias, inserção de enfermeiras obstétricas e obstetritzes, atenção ao abortamento e à violência sexual; (iii) Vigilância: monitoramento das indicações de cesariana, morbimortalidade materna e neonatal e segurança do paciente; e (iv) Ambiência: adequação dos espaços físicos e organizacionais, incluindo o centro obstétrico e a unidade neonatal¹⁴.

Importa destacar que o termo boas práticas se refere a ações ou intervenções que

demonstraram efeitos positivos no contexto específico dos hospitais participantes. Não se trata, portanto, de modelos fixos ou universalmente replicáveis, mas de práticas contextualizadas, construídas em diálogo com as realidades locais⁸.

Durante a intervenção, adotou-se uma avaliação transversal, acompanhando todas as etapas de execução do projeto. Para operacionalizar esse método, constituiu-se, em cada hospital, um Grupo Estratégico Local responsável por articular profissionais, gestores e docentes no acompanhamento das ações e na implantação das mudanças propostas¹⁴.

Utilizaram-se instrumentos específicos de planejamento, monitoramento e avaliação tais como os Diagnósticos Situacionais (DS) e o Painel de Indicadores Estratégicos (PIE), discutidos coletivamente com as equipes locais. O DS captava a situação dos serviços e era periodicamente reavaliado. Neste estudo, foram considerados o primeiro DS de 2017 e o último, de agosto de 2020¹⁴.

Utilizando abordagem estruturada e quantitativa, avaliavam-se os serviços nas diferentes dimensões com base em indicadores que atribuíam uma 'nota' ao estágio de desenvolvimento de cada área. A avaliação classificava a situação nos níveis 'Inexistente': dimensões ainda não implantadas; 'Incipiente': necessidade de esforço substancial; 'Intermediário': ajustes menores; e 'Avançado': sem necessidade de aprimoramento prioritário¹⁴.

Os hospitais atualizavam os dados do PIE diretamente em plataforma virtual. Seis itens avaliativos foram priorizados, não apenas por sua relevância temática, mas, sobretudo, por se constituírem, por si mesmos, em vetores estratégicos da transformação do modelo de cuidado. Esses itens são: presença de enfermeiras obstétricas e obstetritzes no parto de baixo risco; inserção imediata do Dispositivo Intrauterino (DIU) no pós-parto e pós-abortamento; serviço de interrupção legal da gestação; oferta de Aspiração Manual Intrauterina (Amiu) no pós-abortamento; e atendimento a vítimas de violência sexual¹⁶.

Para análise, os dados foram codificados em dupla entrada e analisados nos *softwares* SPSS¹⁸ (v.20) e R¹⁹ (v.3.4.1). Sua apresentação se deu por meio de frequências absolutas e percentuais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (parecer nº 7.051.498), conforme a Resolução nº 466/12²⁰ do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A versão atual constitui emenda ao projeto original. A análise foi realizada por região geográfica, assegurando confidencialidade e anonimato dos hospitais.

Resultados

O projeto envolveu 96 hospitais de ensino, distribuídos por todas as unidades federativas: 13 no Norte; 17 no Nordeste; 13 no Centro-Oeste; 16 no Sudeste 1 - Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; 20 no Sudeste 2 - São Paulo; e 17 no Sul. Devido ao número expressivo de serviços, o estado de São Paulo foi tratado como uma macrorregião própria. A *tabela 1* contém algumas características desses serviços.

Tabela 1. Distribuição e características estruturais dos hospitais integrantes do projeto ApiceON por região e no Brasil (2017)

Variáveis	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste 1		Sudeste 2		Sul		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Localização														
Capital	12	92,3	16	94,1	12	92,3	11	68,8	11	55	12	70,6	74	77,1
Interior	1	7,7	1	5,9	1	7,7	5	31,3	9	45	5	29,4	22	22,9
Administração														
Municipal	1	7,7	1	5,9	2	15,4	2	12,5	1	5	1	5,9	8	8,3
Estadual	6	46,2	7	41,2	9	69,2	3	18,8	13	65	2	11,8	39	40,6
Federal	6	46,2	7	41,2	2	15,4	6	37,5	2	10	10	58,8	33	34,4
Privado	0	0	2	11,8	0	0	5	31,3	4	20	4	23,5	14	14,6
Habilitação														
Hospitais de Ensino	6	46,2	9	52,9	2	15,4	11	68,8	18	90	10	58,8	56	58,3
Hospital Universitário	5	38,5	6	35,3		0	5	31,3	2	10	7	41,2	25	26
Unid. Aux. de Ensino	2	15,4	2	11,8	11	84,6	0	0	0	0	0	0	15	15,6
Quantidade de partos														
de mil a 2 mil	7	53,8	2	11,8	1	7,7	6	37,5	8	40	7	41,2	31	32,3
de 2 mil a 4 mil	5	38,5	8	47,1	4	30,8	8	50	9	45	8	47,1	42	43,8
mais de 4 mil	1	7,7	7	41,2	8	61,5	2	12,5	3	15	2	11,8	23	24

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao desempenho dos hospitais, observou-se melhoria no componente Atenção. Nacionalmente, itens classificados como 'inexistentes' passaram de 23,3% para 15,8% (-7,4 pontos percentuais), e os que se classificaram

como 'avançados' passaram de 25,3% para 32,0% (+6,7 p.p.).

Dentre as regiões, as maiores reduções de itens 'inexistentes' ocorreram no Nordeste (de 19,3% para 11,3%, -70,0%), Centro-Oeste

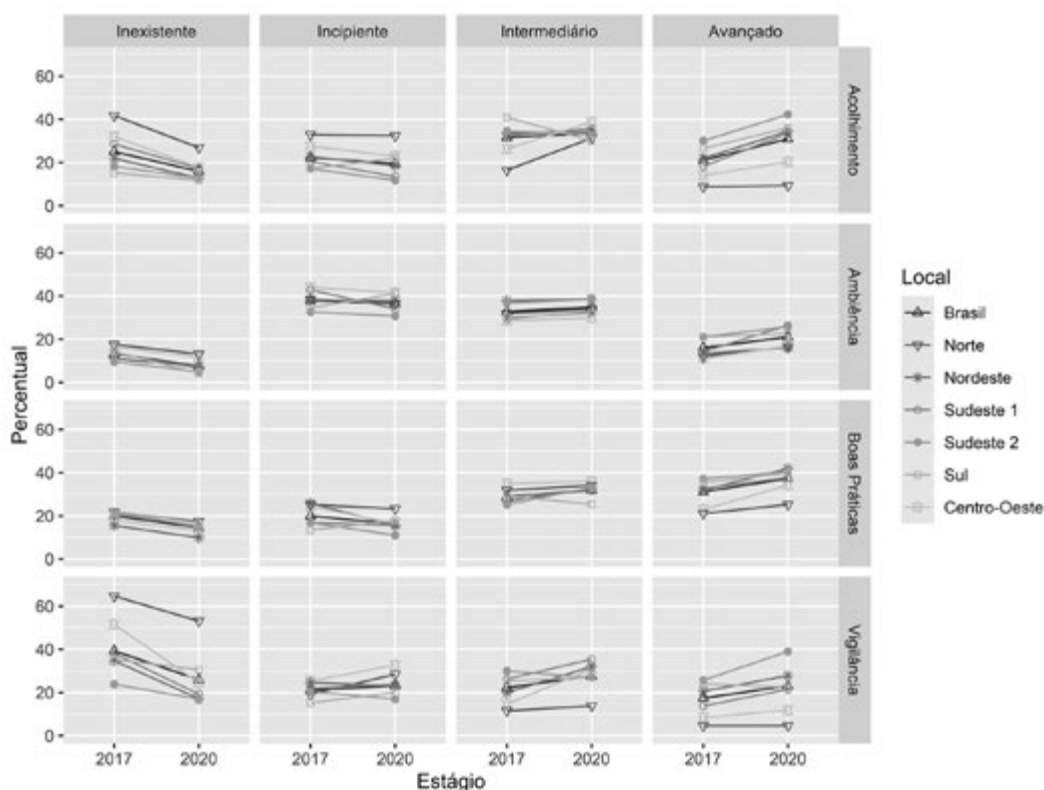
(de 25,8% para 15,7%, -64,3%) e Sudeste 1 (de 24,8% para 15,2%, -63,1%), havendo aumento concomitante de itens considerados ‘avançados’: Nordeste, de 26,1% para 35,4% (+26,4%); Centro-Oeste, de 17,6% para 26,0% (+32,3%); Sudeste 1, de 24,9% para 33,4% (+25,5%).

Nas demais regiões, observaram-se variações menores. No Sudeste 2, os itens ‘inexistentes’ caíram de 19,5% para 13,9% (-39,2%) e os ‘avançados’ subiram de 32,2% para 38,9% (+17,3%). No Norte, houve redução de 32% para 24,3% nos ‘inexistentes’ (-31,6%) e aumento de 15% para 17% nos ‘avançados’ (+15,7%). No Sul,

os ‘inexistentes’ se reduziram de 21,8% para 16,5% (-32,2%) e os ‘avançados’ cresceram de 30,3% para 34,5% (+12,1%).

O gráfico 1 contém o desempenho dos hospitais nas diretrizes que compõem o componente Atenção, destacando as variações regionais e os resultados no conjunto. Os resultados demonstram tendência de redução do estágio ‘Inexistente’ e o aumento do estágio ‘Avançado’ em todas as diretrizes, refletindo um progresso no aprimoramento das práticas, embora algumas regiões e diretrizes tenham se destacado mais que outras.

Gráfico 1. Desempenho nas diretrizes do componente Atenção dos hospitais integrantes do projeto ApiceON por região e no Brasil (2017-2020)



Fonte: elaboração própria.

A diretriz Boas Práticas de Atenção apresentou o maior avanço, com um crescimento de 6,1% no estágio ‘avançado’, de 31,1% em 2017 para 37,2% em 2020, e uma redução de 5,4%

no estágio ‘inexistente’, de 20,0% para 14,6% no mesmo período. A Vigilância de Condições de Saúde também apresentou bom desempenho, com um crescimento de 5,7% no estágio

‘avançado’, de 17,4% em 2017 para 23,1% em 2020, e uma considerável redução de 13,3% no estágio ‘inexistente’, de 39,3% para 26,0%.

A diretriz Acolhimento registrou aumento de 4,9% no estágio ‘avançado’, de 16,1% em 2017 para 21,0% em 2020, e uma redução de 5,8% no estágio ‘inexistente’, de 13,3% para 7,5%. Por sua vez, a Ambiência apresentou o menor crescimento no estágio ‘avançado’, com aumento de 5,9% (de 11,0% em 2017 para 16,9% em 2020), embora também tenha registrado redução de 4,8% no estágio ‘inexistente’ (de 16,5% para 11,7%).

Dentre as regiões, o Nordeste se destacou com aumentos expressivos no estágio ‘avançado’ em Boas Práticas de Atenção (10,1%), de 31,9% em 2017 para 41,9% em 2020, e Vigilância de Condições de Saúde (7,2%), de 20,6% para 27,8%. Além disso, apresentou uma redução substancial no estágio ‘inexistente’, especialmente em Vigilância de Condições

de Saúde, de 34,7% em 2017 para 17,2% em 2020. No Centro-Oeste foi semelhante, com um aumento de 3,4% no estágio ‘avançado’ para Vigilância de Condições de Saúde, de 8,5% para 11,8%, e uma redução de 27% no estágio ‘inexistente’, 51,5% para 24,5%. O Sudeste 1 também obteve bons resultados, com aumento de 12,1% em Ambiência, de 14,3% para 26,4%, e uma redução de 6,8% no estágio ‘inexistente’, de 13,4% para 6,6%, destacando-se pela consistência nas melhorias. Já o Sul, apresentou o aumento de 4,3% em Boas Práticas de Atenção, de 35,5% para 39,8%, e redução de 5,3% no estágio ‘inexistente’, de 22,1% para 16,8%.

A *tabela 2* contém o desempenho dos hospitais nos seis itens avaliativos de acompanhamento estratégico, explicitando o número e o percentual de serviços que ofertaram tais ações ao longo do período analisado, segundo dados coletados.

Tabela 2. Indicadores de acompanhamento estratégicos relacionados ao cuidado às mulheres na atenção ao parto, na saúde sexual e reprodutiva e em situações de violência. Brasil e regiões, 2017-2020

Região (n)	Ano	Enfermagem obstétrica na assistência ao parto	Inserção de DIU pós-parto	Serviço de atenção em violência sexual	Serviço de interrupção legal da gestação	Realização Amiu	Inserção de DIU pós- abortamento
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Brasil (96)	2017	66 (68,9%)	39 (40,6%)	70 (72,9%)	67 (69,8%)	87 (90,6%)	31 (32,3%)
	2018	72 (75%)	69 (71,9%)	69 (71,9%)	67 (69,8%)	86 (89,6%)	58 (60,4%)
	2019	75 (78,1%)	73 (76%)	61 (63,5%)	52 (54,2%)	64 (66,7%)	65 (67,7%)
	2020	73 (76%)	73 (79,3%)	62 (64,6%)	53 (57,6%)	67 (72,8%)	58 (60,4%)
Norte (13)	2017	11 (84,6%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)	9 (69,2%)	11 (84,6%)	2 (15,4%)
	2018	12 (92,3%)	5 (38,5%)	10 (76,9%)	9 (69,2%)	11 (84,6%)	4 (30,8%)
	2019	8 (61,5%)	9 (69,2%)	7 (53,8%)	10 (76,9%)	8 (61,5%)	9 (69,2%)
	2020	8 (61,5%)	9 (75%)	7 (58,3%)	8 (61,5%)	9 (69,2%)	9 (69,2%)
Nordeste (17)	2017	16 (94,1%)	8 (47,1%)	12 (70,6%)	17 (100%)	17 (100%)	6 (35,3%)
	2018	17 (100%)	14 (82,4%)	13 (76,5%)	17 (100%)	16 (94,1%)	9 (52,9%)
	2019	17 (100%)	15 (88,2%)	12 (70,6%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)
	2020	17 (100%)	15 (88,2%)	12 (70,6%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	10 (58,8%)

Tabela 2. Indicadores de acompanhamento estratégicos relacionados ao cuidado às mulheres na atenção ao parto, na saúde sexual e reprodutiva e em situações de violência. Brasil e regiões, 2017-2020

Região (n)	Ano	Enfermagem obstétrica na assistência ao parto	Inserção de DIU pós-parto	Serviço de atenção em violência sexual	Serviço de interrupção legal da gestação	Realização Amiu	Inserção de DIU pós- abortamento
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Centro- -Oeste (13)	2017	10 (76,9%)	7 (53,8%)	10 (76,9%)	8 (61,5%)	11 (84,6%)	7 (53,8%)
	2018	10 (76,9%)	10 (76,9%)	8 (61,5%)	7 (53,8%)	11 (84,6%)	9 (69,2%)
	2019	12 (92,3%)	13 (100%)	10 (76,9%)	7 (53,8%)	11 (84,6%)	11 (84,6%)
	2020	12 (92,3%)	13 (100%)	10 (76,9%)	7 (53,8%)	7 (53,8%)	10 (76,9%)
Sudeste I (16)	2017	12 (75%)	4 (25%)	10 (62,5%)	12 (75%)	16 (100%)	2 (12,5%)
	2018	12 (75%)	14 (87,5%)	10 (62,5%)	11 (68,8%)	14 (87,5%)	13 (81,3%)
	2019	12 (75%)	13 (81,3%)	10 (62,5%)	13 (81,3%)	12 (75%)	11 (68,8%)
	2020	10 (62,5%)	13 (81,3%)	11 (68,8%)	11 (68,8%)	12 (75%)	11 (68,8%)
Sudeste 2 (20)	2017	8 (40%)	12 (60%)	16 (80%)	10 (50%)	18 (90%)	9 (45%)
	2018	12 (60%)	16 (80%)	16 (80%)	10 (50%)	18 (90%)	13 (65%)
	2019	15 (75%)	13 (65%)	11 (55%)	12 (60%)	10 (50%)	11 (55%)
	2020	15 (75%)	14 (70%)	11 (55%)	5 (25%)	5 (25%)	10 (50%)
Sul (17)	2017	9 (52,9%)	6 (35,3%)	11 (64,7%)	11 (64,7%)	14 (82,4%)	5 (29,4%)
	2018	9 (52,9%)	10 (58,8%)	12 (70,6%)	11 (64,7%)	16 (94,1%)	10 (58,8%)
	2019	11 (64,7%)	10 (58,8%)	11 (64,7%)	10 (58,8%)	9 (52,9%)	10 (58,8%)
	2020	11 (64,7%)	9 (52,9%)	11 (64,7%)	8 (47,1%)	8 (47,1%)	8 (47,1%)

Fonte: elaboração própria.

O número de hospitais com enfermeiras obstétricas e obstetrias na assistência ao parto cresceu de 68,9% em 2017 para 79,3% em 2020. A região Nordeste, que já apresentava a maior proporção de hospitais classificados como ‘avançados’ nesse item no início do projeto, atingiu cobertura total a partir de 2018, mantendo esse nível até o final do período. As regiões Centro-Oeste e Norte também registraram crescimento, alcançando 92,3% de cobertura.

Em relação à inserção do DIU no pós-parto, a média nacional subiu de 40,6% para 79,3%. A região Centro-Oeste que iniciou com 53,8% atingiu cobertura total em 2019 e manteve até 2020. Na região Norte, a cobertura cresceu de 15,4% em 2017 para 75,0% em 2020, permanecendo abaixo da média nacional.

A cobertura da inserção de DIU no pós-abortamento cresceu de 32,3% em 2017 para 63,0% em 2020, com destaque para a região Norte, que cresceu de 15,4% para 75,0% entre 2017 e 2020; Sul e Sudeste 2 apresentaram, respectivamente de 29,4% para 83,3% e de 45% para 50%. Em contrapartida, a realização de Amiu reduziu-se de 90,6% para 72,8%, com a maior redução no Sudeste 2, de 90% para 25%, e no Centro-Oeste, de 84,6% para 53,8%.

A oferta do serviço de interrupção legal da gestação também recuou nacionalmente, de 69,8% para 57,6%, apresentando quedas no Sudeste 2, de 50% para 25%, e no Nordeste, que apresentava cobertura total nos primeiros anos e reduziu nos dois últimos, chegando a 76,5% em 2020. Da mesma forma, o número de hospitais que dispunham de serviços de

atendimento às vítimas de violência sexual se reduziu de 72,9% para 67,4%, mais acentuadamente no Norte, de 84,6% para 58,3%, e no Sudeste 2, de 80% para 55%.

No recorte regional, o Nordeste obteve os melhores resultados, alcançando 100% de cobertura em DIU pós-parto e interrupção legal da gestação nos primeiros anos do projeto. O Centro-Oeste também se destacou na ampliação da cobertura de DIU pós-parto e pós-abortamento. Por outro lado, o Sudeste 2 apresentou quedas importantes, especialmente nos procedimentos de Amiu e na oferta de interrupção legal da gestação. O Norte, embora tenha avançado em alguns indicadores, manteve desempenho inferior à média nacional, particularmente em relação à atenção à violência sexual e ao aborto previsto em lei.

Discussão

Os resultados destacam avanços na implantação das chamadas boas práticas nos hospitais participantes do ApiceON, incluindo a incorporação de itens que eram ‘inexistentes’ e a ampliação de Boas Práticas de Atenção em nível consolidado. Esses avanços refletem mudanças nas práticas hospitalares, impulsionadas por mobilizações tecnológicas, logísticas e organizacionais, que levaram as equipes a incorporar inovações e a aprimorar suas formas de atuação no trabalho.

Os dados revelam heterogeneidade entre os hospitais participantes, cuja variação em aspectos estruturais e administrativos influenciou diretamente o desempenho de cada hospital na implantação do projeto. As diferentes características dos serviços, como os recursos disponíveis e os contextos regionais, resultaram em desafios e oportunidades distintas para o aprimoramento.

Antes de se avaliar o desempenho, destaca-se que os indicadores neste estudo são tomados como analisadores, ou seja, não apenas como medidas quantitativas, mas como

elementos que revelam tensões, transformações, forças institucionais e as singularidades dos processos e das relações institucionais. Partindo da concepção de analisadores de Lourau²¹, considera-se que os indicadores devem ser interpretados no contexto específico do ApiceON e dos serviços participantes. A avaliação não se limitou a um monitoramento, mas operou como dispositivo que mobiliza reflexões e orienta a renovação das práticas institucionais¹⁴.

A relevância desta abordagem se confirma na própria trajetória dos serviços ao longo do projeto, conforme revelam os dados relacionados ao uso dos itens avaliativos. Mendes e Rattner²² defendem que, no início da implantação do projeto, cerca de 30% dos hospitais não coletavam dados referentes às suas ações e práticas dos itens propostos. Com o decorrer do projeto, observou-se um aumento progressivo na alimentação e atualização dos itens avaliativos. Ao final da intervenção, todos os serviços passaram a realizar a coleta e consolidação de indicadores, evidenciando a incorporação do monitoramento e avaliação nos serviços.

A diretriz Vigilância de Condições de Saúde iniciou o projeto com a maior proporção de avaliações classificadas como ‘inexistente’. Talvez por isso tenha apresentado a maior variação positiva ao longo do tempo. A incorporação progressiva do monitoramento dos itens avaliativos à rotina dos serviços passou a desempenhar uma função mobilizadora ao operar um dispositivo de análise coletiva do trabalho, no qual gestores e profissionais passaram a compartilhar a leitura dos dados, a identificação de prioridades, a definição de planos de ação e a formulação de mecanismos de intervenção.

Assis et al.²³, ressaltam que essa incorporação à rotina dos serviços assume papel central como um dos efeitos do projeto. Esse processo não se deu de forma linear, mas por meio de movimentos complexos, marcados por avanços e recuos, que desafiavam análises simplistas baseadas em noções de ‘maior ou menor adesão’ ou ‘maior ou menor resistência’.

Em vez disso, a consolidação dessa prática reflete a capacidade dos serviços de superar barreiras e integrar o monitoramento de itens avaliativos como parte essencial da gestão e da atenção às mulheres. Esse movimento introduziu nas equipes uma sistemática de planejamento, monitoramento e avaliação, resultando em mudanças nos processos de cuidado e nas repercussões alcançadas com o projeto.

Dessa forma, o uso dos itens avaliativos extrapolou uma função avaliativa tradicional, sendo progressivamente incorporado como ferramenta de gestão no cotidiano dos serviços. Contribuiu para a materialização de princípios da cogestão, compreendida aqui como um modo democrático de organização institucional, pautado no diálogo, na participação ativa e na negociação contínua entre os sujeitos envolvidos nos processos de cuidado e gestão²⁴.

Apesar desses avanços, nem todas as diretrizes evoluíram com o mesmo grau de implantação. A diretriz da ambiência, voltada à adaptação dos espaços hospitalares para torná-los mais acolhedores e favorecer a participação ativa das usuárias²⁵, apresentou o menor grau de evolução, especialmente na proporção de hospitais com status 'avançado'.

Observou-se, porém, que parte da redução dos casos 'inexistentes' migrou para o status 'incipiente'. Esse movimento indica a necessidade de maiores esforços na efetivação da ambiência. Tal movimento sugere a necessidade de maiores esforços para a efetivação da ambiência nos serviços, o que é corroborado por Pasche et al.²⁵, ao destacarem a premência de iniciativas voltadas à transição do modelo de ambiência, mesmo diante de dificuldades estruturais persistentes. Esses autores também associam esse cenário ao subfinanciamento histórico do SUS, que compromete a realização de reformas nos espaços físicos das maternidades.

O Acolhimento, entendido como diretriz ampla, envolve uma abordagem ética baseada na inclusão e no respeito às diferenças,

concretizada por tecnologias relacionais tais como escuta qualificada, garantia de acesso, vínculo e atenção às necessidades das mulheres e suas famílias. Além da adoção do protocolo de classificação de risco em obstetrícia, sua efetivação exige articulação com a rede local do SUS para garantir a vinculação das gestantes às unidades de saúde e estabelecer fluxos de transferência segura¹⁴.

O melhor desempenho ocorreu na incorporação de Boas Práticas de Atenção ao parto e nascimento. Introduziram-se ou ampliaram-se cuidados humanizados e baseados em evidências, em substituição a práticas desnecessárias ou prejudiciais, com adaptações conforme o contexto e ritmo de cada local. Contudo, essa incorporação não foi linear nem isenta de resistências, sobretudo em cenários de forte hierarquia, que sustentam os modelos tradicionais²⁵.

Esse tipo de tensão também se expressa nos processos de formação profissional, especialmente nos programas de residência médica e de enfermagem. Carvalho et al.²⁶, ao analisarem residências em enfermagem e medicina obstétrica, observaram que a enfermagem incorporou conteúdos científicos e práticas humanizadas no ensino teórico e clínico, enquanto a médica não explicitava tais diretrizes. O estudo também revelou a persistência de práticas desnecessárias em ambos os programas, reforçando a relevância do ApiceON para fortalecer o componente Atenção e induzir mudanças no ensino.

Tais resistências, também evidenciadas no campo da formação, expressam de maneira mais ampla as lógicas organizacionais que tendem a preservar modelos historicamente instituídos. Pasche et al.²⁵, destacam a resistência à mudança por parte de gestores e equipes dos serviços de saúde. Segundo os autores, há uma tendência de preservar o que foi institucionalizado na organização. As resistências funcionam como analisadores, revelando tensões entre o instituído e as dinâmicas de mudança e ajudando a expor as lógicas que sustentam as práticas profissionais²⁷.

Em contextos mais rígidos, como os hospitais, onde as relações de poder são mais desiguais, as forças estão voltadas para a conservação²⁵. Tal realidade perpetua situações como a continuidade de intervenções desnecessárias em detrimento das práticas comprovadamente benéficas. Esses aspectos demonstram o desafio enfrentado pelo ApiceON, que, mesmo diante desse contexto foi capaz de impulsionar mudanças em várias frentes.

Os itens avaliativos foram organizados nos eixos temáticos do ApiceON: mudança no modelo de atenção com inclusão da enfermagem, representado pelo indicador enfermagem obstétrica na assistência ao parto; acesso ao planejamento reprodutivo com inserção de DIU pós-parto; atenção humanizada ao abortamento legal, com indicadores sobre interrupção da gestação, DIU pós-aborto e Amiu; e atenção a mulheres em situação de violência sexual¹⁵.

Embora a atuação das enfermeiras obstétricas na assistência às mulheres no processo de parto e nascimento seja reconhecido²⁸, verificou-se que havia poucas oportunidades para sua inserção nos serviços e que vários fatores ainda dificultam seu exercício profissional. Mendes, Rattner²² identificaram que havia nesses hospitais uma escassez de enfermeiras obstétricas, que representam apenas 1% do total de profissionais dos serviços. Além disso, a proporção de partos assistidos por enfermeiras obstétricas foi superior a 50% dos partos vaginais em apenas seis hospitais, enquanto em outros oito hospitais esse percentual ficou entre 15% e 50%. Neste item, a região Nordeste se destacou, atingindo 100% dos serviços desde 2018.

A inserção imediata do DIU pós-parto amplia o acesso a métodos contraceptivos eficazes e duradouros, articulando oferta no parto e informação no pré-natal e assegurando às mulheres o direito à informação e à livre escolha. O aumento desse indicador em todas as regiões relaciona-se também à intensificação das ações de informação junto à população¹⁵ e

às induções promovidas pelo próprio projeto, como seminários regionais, treinamentos específicos e cursos de aprimoramento, que qualificaram equipes e fortaleceram a oferta de métodos contraceptivos, especialmente o DIU pós-parto, como parte da garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

Durante o período analisado, os itens sobre atenção humanizada em casos de abortamento legal e violência sexual oscilaram em todas as regiões. Em contrapartida, a inserção imediata do DIU no pós-abortamento aumentou de 32,3% para 60,4% entre o início e o final do período. Observou-se que a tendência de redução dos serviços de atenção ao abortamento legal e violência sexual ao fim da intervenção pode refletir não apenas os limites do projeto, mas também o retorno de concepções e posicionamentos pré-existentes nos serviços, que tendem a reaparecer na ausência de apoio continuado, revelando desafios para a sustentabilidade dos avanços.

Em junho de 2020, a revogação da Nota Técnica nº 016/2020²⁹ comprometeu o reconhecimento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva como essenciais no SUS, aprofundando os retrocessos nos direitos reprodutivos. Essa decisão integrou uma necropolítica institucional, que contribuiu para o aumento de mortes evitáveis, expôs desigualdades de gênero e reduziu o acesso ao cuidado obstétrico. Esses fatores precederam as restrições impostas aos serviços de saúde materno-infantil, demonstrando que o cenário político-sanitário se somou aos desafios organizacionais no cuidado às mulheres³⁰.

Durante a pandemia de covid-19, os hospitais enfrentaram restrições que afetaram o cuidado às mulheres, com suspensão de serviços como a interrupção legal da gestação, falta de insumos e redirecionamento de profissionais, priorizando a segurança do atendimento³¹. Essas medidas evidenciaram os desafios impostos pela crise sanitária sobre a organização e continuidade das ações hospitalares³¹.

A redução em itens avaliativos relacionados à atenção ao abortamento legal e à violência sexual foi reflexo de um contexto político e institucional que fragilizou os direitos reprodutivos durante a pandemia de covid-19. Como analisado por Gonzaga, Amorim e Calil³², houve uma desestruturação da oferta desses serviços, impulsionada pelo desmonte financeiro do SUS, por barreiras culturais e religiosas, dentre tantas³³.

Esse cenário foi agravado por uma agenda conservadora que, durante a pandemia, expôs com ainda mais força o modo como historicamente se tem cerceado os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no País. Vale destacar que a implantação do ApiceON foi iniciada em um cenário político instável. Desde a interrupção do governo Dilma Rousseff, observou-se um progressivo esvaziamento das políticas voltadas à equidade de gênero e à saúde sexual e reprodutiva^{34,35}, o que, agravado pela pandemia, levou ao encerramento do ApiceON antes do previsto.

Nesse contexto adverso, marcado por diferentes pressões externas e desigualdades internas, os efeitos do ApiceON variaram conforme a capacidade de cada serviço em construir respostas alinhadas às suas realidades. As interferências promovidas pelo projeto se articularam com as singularidades de cada hospital e região, abrindo espaço para estratégias que, mesmo em meio a restrições, tentaram os avanços possíveis, moldados por suas estruturas, recursos e contextos locais. Essa dinâmica resultou em movimentos distintos de inovação e qualificação das práticas, reafirmando a potência do projeto como indutor de mudanças institucionais^{22,23,36}. Para compreender mais profundamente esses processos e as tensões entre forças internas e externas que influenciaram sua implantação, serão necessárias novas pesquisas.

As disparidades regionais evidenciadas nos resultados refletem desigualdades históricas na organização dos sistemas locais de saúde. Enquanto regiões como Nordeste e Centro-Oeste demonstraram avanços em alguns itens,

como a inserção de enfermeiras obstétricas e o uso de DIU pós-parto, outras, como o Sudeste 2 e o Norte, enfrentaram entraves persistentes em áreas críticas da atenção. Tais variações traduzem não apenas diferenças estruturais, mas também fragilidades na articulação em rede, desafios políticos e institucionais e limites na capacidade instalada desses serviços.

Nesse movimento de continuidade e aprimoramento do cuidado, destaca-se a recente implantação do Projeto de Fortalecimento do Cuidado Obstétrico e Neonatal pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz)³⁷. A iniciativa propõe qualificar a atenção prestada nos hospitais universitários por meio da produção de evidências, desenvolvimento de protocolos, capacitações e monitoramento de itens avaliativos, com foco na redução da mortalidade materna e neonatal e na inclusão de populações vulnerabilizadas. A convergência dessa proposta com os princípios e estratégias impulsionados pelo ApiceON fortalece o campo de análise e intervenção, sinalizando a importância de se acompanhar seus efeitos nos distintos contextos regionais e institucionais, em articulação com as redes de atenção e os compromissos do SUS com os direitos das mulheres³⁸.

Este estudo apresentou algumas limitações relativas ao uso de dados secundários e à avaliação interna dos profissionais. Contudo, o caráter coletivo da análise amplia sua validade e permite interpretações mais contextualizadas sobre os avanços e desafios enfrentados. Além disso, os resultados refletem exclusivamente o período de intervenção do projeto, não abrangendo mudanças ocorridas posteriormente. Soma-se a isso a opção por agrupar os dados por região, o que pode restringir a análise dos contextos de cada hospital. Essa decisão, no entanto, foi necessária para preservar a confidencialidade dos hospitais participantes.

Considerações finais

A análise dos resultados do componente Atenção do ApiceON revela avanços importantes na incorporação de práticas alinhadas aos princípios do SUS e à atenção obstétrica baseada em evidências, especialmente nos aspectos relacionados ao acolhimento, às boas práticas e à ambiência. A presença de coletivos institucionais engajados e a adoção de instrumentos avaliativos favoreceram deslocamentos nos modos de fazer, tensionando lógicas consolidadas e viabilizando a ampliação da autonomia das mulheres e das equipes.

Ainda que desigual, o percurso de mudança evidenciado pelos itens avaliativos indica a potência de intervenções sustentadas na análise dos contextos, no fortalecimento de coletivos e na valorização das formas de produção de cuidado. As repercussões observadas traduzem acúmulos que não se restringem ao cumprimento de metas, mas expressam transformações no cotidiano dos serviços, materializados na ampliação das boas práticas de cuidado, na inserção da enfermagem obstétrica, na valorização da escuta das mulheres, no uso de instrumentos coletivos de análise e planejamento e no fortalecimento dos processos de reflexão crítica entre as equipes e nas equipes. Esses achados reforçam a importância de políticas

públicas que reconheçam os serviços como territórios vivos, atravessados por disputas, potências e possibilidades de (re)invenção e (co)criação.

O principal efeito foram os próprios movimentos que os serviços conseguiram desenvolver com o projeto, disparando processos que podem ampliar potencialidades e sustentabilidade de ações locais, em diálogo com a singularidade de cada contexto. Embora ainda haja desafios a serem superados, os resultados revelam que investir em iniciativas de apoio e fortalecimento dos coletivos é fundamental para a transformação sustentável, e urgente, do modelo de cuidado, orientado pelos princípios da integralidade, da equidade, da humanização e da garantia dos direitos.

Colaboradores

Silva RAR (0000-0002-3664-2430)*, Brandi LFC (0009-0003-3165-6678)*, Tavares R (0000-0002-9060-0477)*, Santos Filho SB (0000-0001-8397-6575)* Monceau G (0000-0002-2835-3575)* e Souza KV (0000-0002-0971-1701)* contribuíram para a concepção e delineamento do estudo, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final. ■

Referências

1. Bandyopadhyay S, Thomas HS, Gurung B, et al. Global health education in medical schools (GHEMS): a national, collaborative study of medical curricula. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):389. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02315-x>
2. Biroli F. Reação conservadora, democracia e conhecimento. *Rev Antropol.* 2018;61(1):83-94. DOI: <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2018.145515>
3. Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Bra-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- sil: 1975 a 1988. *Saude debate*. 2020;43(Esp 8):276-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>
4. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1915-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
 5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2024 set 13 [acesso em 2025 ago 14]; Seção 1:50. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
 6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, et al. Reduction of inequities of access to appropriate childbirth care in Rede Cegonha. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(3):823-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>
 7. Souza BF, Bussadori JCC, Ayres JRCM, et al. Nursing and hospitalized high-risk pregnant women: challenges for comprehensive care. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03557. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036903557>
 8. Silva SS, Fortuna CM, Monceau G. Cesarean childbirth: an institutional socio-clinical study of the professional practices and discourses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3508. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4756.3508>
 9. Slomp Junior H, Gomes MPC, Franco TB, et al. Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. *Saúde e Soc*. 2023;32(4):e220582pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220582pt>
 10. Costa AM, Lobato LVC. What do women want? Sexual and reproductive health and rights. *Saude debate*. 2024;48(140):e140ED. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024140140ED-I>
 11. Falu N. Erotic senses: Powering Brazilian Black queer existence in gynecological spaces. *Med Anthropol Q*. 2024;38(4):477-89. DOI: <https://doi.org/10.1111/maq.12841>
 12. Vasconcelos MFF, Felix J, Gatto GMS. Saúde da mulher: o que é poderia ser diferente? *Rev Psicol Política [Internet]*. 2017 [acesso em 2025 maio 5];17(39):327-39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2017000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 13. Santos Filho SB. Monitoramento e avaliação como prática transversal na Rede Cegonha: construção de um processo articulando monitoramento e apoio institucional. In: Ministério da Saúde (BR). *Humaniza-SUS: humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. p. 294-338.
 14. Santos Filho SB. Contexto metodológico: implicações nos modos de implementação de um projeto. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. *O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão*. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 27-49.
 15. Ministério da Saúde (BR). ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 maio 5]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>
 16. Santos Filho SB. Avaliação-intervenção e transformações no trabalho em saúde: cartografando movimentos e efeitos transversais do Projeto. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. *O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão*. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 137-86.
 17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método

- do da roda [Internet]. In: Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2015 [acesso em 2025 out 10]. 236 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736572>
18. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <https://www.ibm.com/br-pt/products/spss>
 19. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. Version 4.1.2. [sem local]: The R foundation. 2021 Nov 2 [acesso em 2022 set 6]. Disponível em: <https://www.r-project.org/>
 20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.
 21. Lourau R. Análise institucional. Petrópolis: Vozes; 2014. 328 p.
 22. Mendes YMMB, Rattner D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. Rev Saúde Pública. 2020;54(23):1-13. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>
 23. Assis KF, Duarte ED, Santos Filho SB, et al. Indução de boas práticas na saúde da mulher e criança: o Projeto ApiceON e efeitos em indicadores estratégicos. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 187-210.
 24. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de co-gestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. Physis Rev Saúde Coletiva. 2010;20(4):1245-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>
 25. Pasche DF, Pessatti MP, Silva LBRA A, et al. Transition of the environment model in hospitals that deliver in Rede Cegonha. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(3):887-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020>
 26. Carvalho EMP, Göttems LBD, Guilhem DB. O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(5):1763-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23872021>
 27. Monceau G. Le concept de résistance en éducation. Pratiques de Formation/Analyses. 1997;33:47-57. DOI: <https://doi.org/10.3406/pfa.1997.2381>
 28. World Health Organization. The state of the world's midwifery 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2025 maio 13]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/sowmy_2021
 29. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 1 de junho de 2020. Dispõe sobre a continuidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia de Covid-19 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 jun 1 [acesso em 2025 out 18]. Disponível em: https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/1591269873_ministerioaborto.pdf
 30. Brandão ER, Cabral CS. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. Interface - Comun Saude Educ. 2021;25(Supl 1):e200762. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>
 31. Paes LBO, Salim NR, Stofel NS, et al. Women and COVID-19: reflections for a sexual and reproductive rights-based obstetric care. Rev Bras En-

- ferm. 2021;74(Supl 1):e20201164. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1164>
32. Gonzaga PRB, Amorim LJ, Calil BP. Entre o silêncio e o retrocesso: A violência sexual e o direito ao aborto legal nas publicações do governo federal durante a pandemia. *Rev Bras Estud Homocultura*. 2024;7(22):e15933. DOI: <https://doi.org/10.29327/2410051.7.22-16>
 33. Silva FV, Souza KV. The unacceptable tragedy of maternal mortality associated with COVID-19: (re)politicization of women's health and rights and the position of Brazilian nursing. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Supl 4):e73supl04. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl04>
 34. Coutinho RZ, Lima LC, Leocádio VA, et al. Considerations about the COVID-19 pandemic and its effects on fertility and sexual and reproductive health of Brazilian women. *Rev Bras Estud Popul*. 2020;37:e0130. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0130>
 35. Sardenberg C. Políticas de enfrentamento da violência contra mulheres no Brasil: construção e desmonte. *Rev Estud Polit Publicas*. 2018;4(2):78-98. DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2018.51738>
 36. Nunes CKB, Figueiró AC, Abreu MA, et al. Avaliação do Projeto ApiceOn: metodologia e produtos de um estudo de avaliabilidade. *Com Ciênc Saúde*. 2024;34(4):1-28. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1395>
 37. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ebserh lança projeto em parceria com a Fiocruz voltado para assistência às gestantes e reduzir mortalidade materna e neonatal [Internet]. Brasília, DF: EBSEH; 2024 [acesso em 2025 maio 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/ebserh-lanca-projeto-em-parceria-com-a-fiocruz-voltado-para-assistencia-as-gestantes-e-reduzir-mortalidade-materna-e-neonatal>
 38. Vilela MEA, Souza KV. Desafios na mudança de modelo de atenção em saúde das mulheres no Brasil: histórico e perspectivas abertas no SUS. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. *O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão*. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 45-60.

Recebido em 29/04/2025

Aprovado em 07/09/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito

Suporte financeiro: este trabalho foi realizado com apoio da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Editora responsável: Maura Vanessa Silva Sobreira