



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

ANA KAROLLINE CAVALCANTI DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS NA OFERTA DE SERVIÇOS OBSTÉTRICOS EM
PERNAMBUCO APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO PERÍODO
DE 2008 A 2022**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

ANA KAROLLINE CAVALCANTI DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS NA OFERTA DE SERVIÇOS OBSTÉTRICOS EM
PERNAMBUCO APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO PERÍODO
DE 2008 A 2022**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Petra Oliveira Duarte

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Oliveira, Ana Karolline Cavalcanti de.

Análise das mudanças na oferta de serviços obstétricos em pernambuco após a implementação da rede cegonha no período de 2008 a 2022 / Ana Karolline Cavalcanti de Oliveira. - Vitória de Santo Antão, 2025.

37 p.

Orientador(a): Petra Oliveira Duarte

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Educação Física - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. rede cegonha. 2. assistência nos serviços de saúde. 3. morbimortalidade materna. I. Duarte, Petra Oliveira. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

ANA KAROLLINE CAVALCANTI DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS NA OFERTA DE SERVIÇOS OBSTÉTRICOS EM
PERNAMBUCO APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO PERÍODO
DE 2008 A 2022**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 09/04/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Petra Oliveira Duarte (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dra. Ana Lúcia Andrade da Silva (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dra. Mércia Maria Rodrigues Alves (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

A Rede Cegonha, instituída no SUS no ano de 2011, lançada pelo governo federal, é uma estratégia que tem como objetivo reduzir a morbimortalidade materna, ofertar serviços de forma qualificada e humanizada, acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos de vida, assegurar os direitos das mulheres, como o de ter um acompanhante de sua preferência no momento do parto, e o planejamento reprodutivo. Para alcançar suas metas, configura-se como redes regionais de atenção à saúde, com planejamento de cobertura que demanda a ampliação da organização da oferta de serviços. O objetivo do estudo foi analisar as mudanças da oferta de serviços obstétricos em Pernambuco após a implementação da Rede Cegonha. Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo, observacional, utilizando-se dados de oferta de serviços obstétricos do sistema de informações sobre produção hospitalar (SIH/SUS), CNES, SINASC e SIM, disponibilizados pelo DataSUS/TABNET do Ministério da Saúde. Os dados foram organizados em planilhas do Excel em série histórica. Durante a análise, foram observados os dados absolutos, proporções e taxas. Foram registradas grandes mudanças com relação à questão estrutural, uma vez que cresceu o número de serviços ofertados pela rede. Porém, ainda é notável um déficit com relação a qualidade da assistência nos serviços de saúde. O estudo revelou que a implantação da Rede Cegonha trouxe um fortalecimento muito importante na saúde materno-infantil, proporcionando uma rede de serviços que visam ofertar e garantir que as gestantes e crianças recebam o atendimento necessário em todas as etapas desde a gravidez, parto e pós-parto. Logo, identificou-se uma melhora na qualidade da atenção, visto que há uma redução da mortalidade materna e infantil por causas evitáveis.

Palavras-chave: rede cegonha; assistência nos serviços de saúde; morbimortalidade materna.

ABSTRACT

Introduction: Rede Cegonha, established in the SUS in 2011, launched by the federal government, is a strategy that aims to reduce maternal morbidity and mortality, offer services in a qualified and humanized way, monitor the child's development in the first two years of life, ensuring women's rights, such as having a companion of their choice at the time of birth, and reproductive planning. **Objective:** To analyze changes in the supply of obstetric services in Pernambuco after the implementation of Rede Cegonha. **Method:** A quantitative, descriptive, observational study was developed, using data on the supply of obstetric services from the hospital production information system (SIH/SUS), CNES, SINASC and SIM, made available by DataSUS/TABNET of the Ministry of Health. The data were organized in Excel spreadsheets in a historical series. During the analysis, absolute data, proportions and rates were observed. **Results:** Major changes have been recorded in relation to the structural issue, as the number of services offered by the network has increased. However, there is still a notable deficit in relation to the quality of care in health services. **Conclusion:** The study revealed that the implementation of the Rede Cegonha brought about a very important strengthening of maternal and child health, providing a network of services that aim to offer and ensure that pregnant women and children receive the necessary care at all stages, from pregnancy, birth and postpartum. Therefore, an improvement in the quality of care was identified, since there was a reduction in maternal and infant mortality from preventable causes.

Keywords: stork network; obstetric beds; maternal morbidity and mortality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Redes de atenção no SUS	10
2.2 A Rede Cegonha/Alyne	12
Quadro 1 – Comparativo das Características das Redes Cegonha, RAMI e Alyne	18
4 OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo Geral	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5 METODOLOGIA	21
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha [RC], instituída no SUS no ano de 2011, lançada pelo governo federal, é uma estratégia que tem como objetivo reduzir a morbimortalidade materna, ofertar serviços de forma qualificada e humanizada, acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos de vida, assegurar os direitos das mulheres, como o de ter um acompanhante de sua preferência no momento do parto, e o planejamento reprodutivo. Também se propunha a assegurar o direito das crianças que passam a ter um nascimento seguro, e crescimento saudável. Em Pernambuco, além disso, a Rede Cegonha foi adotada com o intuito de reforçar estratégias já implementadas pelo programa Mãe Coruja, criado pelo governo estadual em 2007, e a integralidade no cuidado com as gestantes (Câmara *et al.*, 2017; Guerra *et al.*, 2016).

Os modelos de oferta de atenção à saúde no SUS, devem seguir uma lógica de necessidades apresentadas pela população, observando os aspectos demográficos e epidemiológicos do Brasil. Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde fragmentado traz diversos problemas para o sistema de saúde, visto que a falta de comunicação entre os níveis de atenção gera lacunas que impedem que os problemas em saúde sejam sanados. E então, é visando modificar esse cenário que entra a estratégia de redes. As redes de atenção à saúde são um conjunto de ações e serviços com o objetivo de ofertar um atendimento qualificado, com atenção contínua, de forma humanizada, em um tempo hábil, reduzindo espera, e operando de forma cooperativa, e interdependente, sem hierarquização entre os componentes da rede de saúde, facilitando a comunicação, e a continuidade da oferta de serviços entre os níveis primário, secundário e terciário (Mendes *et al.*, 2008).

Partindo do princípio das dificuldades de implementação da RC, é possível observar claramente dois eixos estruturantes que servem de base para os desenvolvimentos na RC, que são o Apoio Institucional, que vem para instigar o processo de trabalho em grupo, a fim de superar as disputas de interesses pessoais, e passar a pensar em coletivo, alcançando uma maior humanização, que é uma premissa da Política Nacional de Humanização [PNH]. Outro eixo relevante é a Formação do trabalho em equipe e mudança do modelo de atenção, que se baseia em impulsionar uma maior interação entre os trabalhadores em saúde para aumentar

o nível de coletividade entre eles, superando o modelo habitual de divisão entre as categorias profissionais (Santos Filho *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2021).

São propostas pela RC, a criação de leitos de alto risco, UTI neonatais e maternas, Centros de Partos Normais [CPN], e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas [CGBP]. Esse desenvolvimento de novos serviços tem o objetivo de sanar os problemas vigentes, principalmente no acesso a serviços, e ofertar um cuidado integral, especializado e humanizado. A RC também incentiva que, sempre que possível, o parto venha a acontecer de forma natural, objetivando a redução de cesáreas desnecessárias, que contribuem com o alto índice de baixo peso e prematuridade. Outras práticas também são sugeridas, como o aleitamento materno, alimentação complementar, e o crescimento dos bancos de leite (Júnior *et al.*, 2014).

No que se refere aos desafios para o enfrentamento da violência obstétrica, pontua-se que ainda existe uma grande resistência em se libertar de práticas enraizadas nas ofertas de serviços, violência como intervenções médicas mascaradas com a desculpa de que se tratava de um parto de alto risco, e a má comunicação da equipe com as parturientes, ainda são frequentes. A falta de capacitação das equipes, e a superlotação de hospitais são fatores que podem evidenciar esse tipo de acontecimento (Lamy *et al.*, 2021).

A rede cegonha foi pensada como uma alternativa para os problemas vigentes relacionados à assistência à saúde que são ofertadas às grávidas, recém-nascidos e durante o acompanhamento na infância. Logo, é notável que o nível de morbimortalidade mostrava-se bastante elevado antes da implantação da rede, tornando premente a garantia de cobertura assistencial. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo **analisar as mudanças da oferta de serviços obstétricos em Pernambuco após a implementação da Rede Cegonha, entre os anos de 2008 a 2022.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

O SUS foi resultado de uma luta coletiva que buscava modificar o cenário que tratava da saúde de forma seletiva, no qual só teriam direito à saúde aqueles que trabalhassem formalmente e fossem também contribuintes. Portanto, o restante da população, que trabalhava informalmente, não tinha acesso à saúde de qualidade, então, a Constituição Federal de 1988 traz, em sua formulação, embasamento para a implantação e vigência do SUS, defendendo os princípios de universalidade e igualdade, e a integração através da participação social nas tomadas de decisões. O texto constitucional, portanto, não detalha os processos de planejamento e organização, o que não insere o conceito de rede articulada e integrada de atenção à saúde (Menicucci, 2006).

Devido a sua fragmentação, o SUS tem enfrentado desde a sua implementação, desafios para o cumprimento dos seus princípios de integralidade, universalidade e igualdade. Por outro lado, o artigo 198 da Constituição Federal contém que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema (...)” (Brasil, 1988). Então, conclui-se que o conceito de redes já está determinado pela própria Constituição, o que se consolida e fortalece através da Lei Federal 8080/1990 e do Decreto Presidencial 7.508/2011 que a regulamenta, facilitando a implementação dos sistemas de redes nos setores em saúde (Junior, 2014).

A falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde prejudica a oferta de serviço aos pacientes, principalmente aqueles que são acometidos pelas doenças crônicas e precisam de atendimentos por profissionais de diferentes níveis. Além disso, a descontinuidade do cuidado, a falta de comunicação entre os profissionais de saúde, e o desconhecimento do histórico do paciente impactam negativamente os serviços. Portanto, a mudança desses hábitos, e uma escuta qualificada do profissional para com o usuário são de grande relevância para modificar esse cenário (Guerra, 2022).

Os modelos de oferta de atenção à saúde no SUS, devem seguir uma lógica de necessidades apresentadas pela população, observando os aspectos demográficos e epidemiológicos do Brasil. Entende-se que, quando o sistema de saúde não acompanha a situação de saúde da população, seja por um crescimento

demográfico acelerado, ou mudança de maior índice de doenças agudas para crônicas, os sistemas entram em crise (Mendes, 2010).

O modelo de atenção à saúde fragmentado traz diversos problemas para o sistema de saúde, visto que a falta de comunicação entre os níveis de atenção gera lacunas que impedem que os problemas em saúde sejam sanados. E então, é visando modificar esse cenário que entra a estratégia de redes. Por sua vez, as redes de atenção à saúde funcionam de forma integral e descentralizada, buscando sempre oferecer um serviço que seja efetivo e humanizado, dispensa a hierarquização de profissões, formando um ambiente onde todos os profissionais desenvolvem seus papéis, expressam opiniões, e fazem intervenções quando necessário (Mendes, 2010).

2.1 Redes de atenção no SUS

A Portaria 4.279/2010 trouxe uma nova configuração para a ideia de rede de cuidados, através da estruturação e organização das Redes de atenção à saúde [RAS], visando promover a qualificação das ofertas de serviços em saúde, desvinculando o olhar centrado no cuidado médico, e expandindo o cuidado de forma a superar desafios como: lacunas assistenciais, financiamento insuficiente e a fragmentação dos serviços. Tais problemas se expressam com o manejo inadequado dos modelos de atenção, de forma que apresentam dificuldades em acompanhar as necessidades dos usuários, e outros problemas sanitários (Brasil, 2010).

As redes de atenção à saúde são um conjunto de serviços com o objetivo de ofertar um serviço qualificado, com atenção contínua, de forma humanizada, em um tempo hábil, reduzindo espera, e operando de forma cooperativa, e interdependente, sem hierarquização entre os componentes de saúde, facilitando a comunicação, e a continuidade da oferta de serviços entres os níveis primários, secundários e terciários (Mendes, 2008).

A ideia de cuidado em Rede não é nova no debate dos sistemas de saúde. Em 1920, foi apresentado o Relatório Dawson, sob encomenda do governo inglês, contendo a narrativa completa de uma rede regionalizada e hierarquizada em três níveis de atenção, e como a distribuição de serviços e encaminhamentos a unidades de referência de acordo com as necessidades da população, a implementação do

cuidado integral, a busca pela comunicação entre os médicos e pela elaboração do histórico clínico do paciente, a fim de qualificar a oferta de serviço. O relatório acabou sendo deixado de lado, na Inglaterra, pelas dificuldades que sua implementação apresentava, como o alto custo para a construção de novas unidades de saúde, e ampliação da cobertura assistencial, também porque o seguimento desta estratégia propiciava o desuso dos hospitais filantrópicos (Kuschinir; Chorny, 2010).

E então, em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, o Relatório Beveridge, também encomendado pelo governo inglês com o intuito de discutir como superar os desafios econômicos do período de guerra e pós-guerra, trouxe novamente como pauta uma promoção de saúde universal e equânime. Com a vitória do Partido Trabalhista, com o primeiro-ministro Clement Attlee desenvolvendo a promessa de campanha de estatização de várias políticas estratégicas, a proposta do relatório Dawson foi adotada, com grande empenho do principal responsável pela política de saúde, o então ministro da saúde e moradia, Aneurin Bevan, considerado o pai do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra. Com adaptações à realidade do momento, e a partir da demonstração de bons resultados na oferta dos serviços, o modelo de redes foi estabelecido em outros países, tornando-se marca característica dos sistemas universalistas (Kuschinir; Chorny, 2010; Loach, 2013).

Contudo, Kuschinir e Chorny (2010) relatam que embora as Redes de Atenção dos países universalistas tenham no modelo do Relatório Dawson a sua base, em função do uso do território como estratégia de garantia de acesso, os desenhos de rede foram bastante debatidos ao longo do tempo, sobretudo pela necessidade de superação da fragmentação da rede e de perdas na oferta de serviços. Nesse sentido, a busca de uma integração de rede pautada nos mecanismos da contratualização e objetivos direcionados a populações estratégicas, características clássicas das redes de sistemas integrados dos Estados Unidos, gerou, no Brasil, a proposta das Redes de Atenção à Saúde.

E, portanto, em 30 de dezembro de 2010, foi publicada no Brasil uma portaria que consolidou a pactuação entre Ministério da Saúde, estados e municípios, garantindo a implantação das RAS na política de atenção à saúde. Como desdobramento da Portaria 4.279/10, foram constituídas 5 redes temáticas, priorizando problemas centrais à organização do SUS. As Redes de Atenção à Saúde trazem grandes contribuições para o sistema, como por exemplo a comunicação com

os diferentes setores em saúde como uma forma de melhorar a articulação do cuidado com o usuário, que por sua vez, deve ser integral e contínuo (Junior, 2014).

As RAS são formadas por três elementos. O primeiro deles é a população que é de responsabilidade das redes, e devem ser registradas nos sistemas de informação, e divididas a partir de suas necessidades e características específicas como suas culturas. O segundo deles é a estrutura operacional que se dá através da comunicação das diferentes camadas de ofertas de serviços, e é composta de cinco componentes, sendo eles: Centro de comunicação, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, e o sistema de governança. Por último, o terceiro elemento é o modelo de atenção à saúde que visa organizar o funcionamento das redes, dividindo a população através dos seus riscos a fim de propor intervenções sanitárias que sejam capazes de sanar os problemas de saúde da população (Mendes, 2010).

No desenho da Rede em saúde de Pernambuco, o município de Recife ocupa um lugar de destaque, por se tratar de uma referência macrorregional para o Estado, obtendo serviços de média e alta densidade tecnológica, e também por ofertar serviços que compõem a linha do cuidado do Estado como oncologia, cardiologia, urgência e emergência com ênfase em trauma, dentre outros (Guerra, 2022).

2.2 A Rede Cegonha/Alyne

O alto índice de mortalidade materna por causas evitáveis como a má assistência no momento do parto foi algo que chama muita atenção no sistema de saúde, fazendo com que esse tema se torne uma prioridade (Júnior, 2014) por ser um persistente problema de saúde pública. Estudo de Oliveira *et al.* (2024, p 04) apresentou que, “no período de 2010 a 2020, foram registrados 18.662 óbitos maternos no Brasil”, com razão de mortalidade materna média de 58,6 óbitos maternos por 100.000 NV, no período.

E este é um problema que não é apenas brasileiro. A OPAS (2023), em declaração em defesa da morte materna zero, relatou uma média anual pouco menos 8.000 óbitos maternos na América Latina e Caribe, no período de 2015 a 2020, e aumento de 9% dos casos em 2020 em relação a 2019. O óbito materno, enquanto problema de saúde pública, é expressão de desigualdades socioeconômicas e

também está relacionado às desigualdades de gênero, raça e etnia, inclusive na desigualdade de acesso a cuidados e serviços de saúde, o que demanda intervenções dos governos, em vários níveis (OPAS, 2023).

Júnior (2014) chama a atenção de que o problema da morte materna gerou a proposição de intervenções sem restrição da saúde integral da mulher apenas para a gravidez e parto, o que foi resultado de grandes debates dos Conselhos e dos Movimentos de Mulheres juntamente com o Ministério da Saúde.

No ano de 2007, sob a gestão do Governador Eduardo Campos, foi identificada a necessidade de se pensar em uma estratégia que pudesse combater o alto índice de morbimortalidade materna e infantil. Então, a partir desse cenário de busca pela diminuição deste indicador, através de uma qualificação na oferta de serviços obstétricos, que surgiu o Programa Mãe Coruja Pernambucana, através do Decreto 30.859, transformado na Lei nº 13.959 em 2009 (Câmara, 2017, p.02). Monteiro, Fernandes e Fittipaldi (2023) relatam que o programa foi implantado nos municípios que “apresentavam taxas de mortalidade infantil superior a 25 para cada 1000 nascidos vivo, com o objetivo de garantir atenção integral às gestantes e crianças na primeira infância a fim de se reduzir a morbimortalidade materna e infantil no estado” de Pernambuco.

Câmara (2017) informa que os locais que esse programa foi estabelecido receberam o nome de Cantos Mãe Coruja, contendo dois profissionais que atendem as gestantes cadastradas no programa, as quais recebem acompanhamento pré-natal, e pós-parto, e as crianças são monitoradas até os 5 anos de idade.

A Rede Cegonha em Pernambuco foi adotada com o intuito de reforçar estratégias adotadas pelo programa Mãe Coruja, e a integralidade no cuidado com as gestantes e, segundo o Plano Estadual de Saúde, os Planos Regionais da Rede Cegonha foram homologados através da Resolução CIB/PE nº 1.872, de 26 de março de 2012 (Pernambuco, 2024).

Alguns fatores como o financiamento insuficiente, a deficiência na regulação e organização dos serviços, a oferta do cuidado através de medicalização e intervenções desnecessárias faziam com que esses indicadores não obtivessem um decréscimo. Então, através da Portaria nº 1.459 no ano de 2011 foi instituída a Rede Cegonha no SUS com o objetivo de qualificar o pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério, e o acompanhamento da criança até os dois anos de idade (Cavalcanti, 2013).

A Rede Cegonha instituída no SUS no ano de 2011, lançada pelo governo federal, é uma estratégia que tem como objetivo reduzir a morbimortalidade materna, ofertar serviços de forma qualificada e humanizada, acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos de vida, assegurar os direitos das mulheres, como o de ter um acompanhante de sua preferência no momento do parto, e o planejamento reprodutivo. Também assegura o direito das crianças que passam a ter um nascimento seguro, e crescimento saudável (Guerra, 2016). Desta forma, o Brasil busca cumprir as metas de redução da Mortalidade Materna, pactuados na adesão aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS, de reduzir a Razão de Mortalidade Materna para 30 por 100 mil nascidos vivos até 2030 (Mortelaro *et al.*, 2024).

Algumas de suas diretrizes que constituem esse novo modelo de cuidado são a vinculação territorial da gestante para atendimento em rede, objetivando diminuir a peregrinação, utilização dos critérios de privacidade nos casos em que se façam necessários como os de violência sexual, dentre outros. Além disso, é preciso também instigar a participação dos gestores, trabalhadores e usuários nas tomadas de decisões visando qualificar os serviços. As intervenções no funcionamento do modelo habitual dos trabalhadores em saúde ainda se constituem como um desafio muito grande para a implementação da RC, pois em muitos casos ainda há uma grande resistência às mudanças necessárias (Santos Filho, Souza, 2021).

Partindo do princípio das dificuldades de implementação da RC, é possível observar claramente dois eixos estruturantes que servem de base para os desenvolvimentos na RC, que são o Apoio Institucional que vem para instigar o processo de trabalho em grupo, a fim de superar as disputas de interesses pessoais, e passar a pensar em coletivo, alcançando uma maior humanização que é uma premissa da PNH. Outro eixo relevante é a Formação do trabalho em equipe e mudança do modelo de atenção que se baseia em impulsionar uma maior interação entre os trabalhadores em saúde para aumentar o nível de coletividade entre eles, superando o modelo habitual de divisão entre as categorias profissionais (Santos Filho, Souza, 2021).

São propostas pela RC a criação de leitos de alto risco, UTI neonatais e maternas, Centros de Partos Normais, e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas. Objetivando sanar os problemas vigentes, e ofertar um cuidado integral, especializado e humanizado. A RC também incentiva que sempre que possível, o parto venha a

acontecer de forma natural, objetivando a redução de cesáreas desnecessárias que contribuem com o alto índice de baixo peso e prematuridade. Outras práticas também são sugeridas como o aleitamento materno, alimentação complementar, e o crescimento dos bancos de leite (Junior, 2014).

O pré-natal funciona como um importante mecanismo para a identificação de fortes indicadores de mortalidade, como a hipertensão, diabetes e infecção, também deve ser vigente o planejamento reprodutivo e redução de abortamento inseguro. Bem como também compõem a RC o financiamento de exames básicos de ultrassonografia, os testes rápidos de gravidez e HIV, a capacitação de parteiras e profissionais de saúde, a distribuição de equipamentos para as UBS, dentre outros atributos (Junior, 2014).

Entre abril de 2022 e janeiro de 2023, houve uma mudança da Rede Cegonha, que passou a se chamar Rede de Atenção Materno Infantil – RAMI. Para Mortelaro e colaboradores (2024) os desenhos da Rede Cegonha e da RAMI são conflitantes, sendo a RAMI um recuo em relação a avanços da Rede Cegonha, pois “a Rami está toda orientada pela concepção da gestação e do parto como um evento ‘naturalmente’ patológico” (p.11), diferenciando-se da Rede Cegonha que prevê também ações para o planejamento reprodutivo.

Em setembro de 2024, a Rede Cegonha foi renomeada Rede Alyne e assumiu a ousada meta de reduzir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027.

O nome Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, carioca, preta, de origem humilde, que morreu grávida de seis meses por desassistência no município de Belford Roxo em 2002. Por conta disso, o Brasil tornou-se o primeiro caso no mundo de uma condenação em corte internacional por morte materna evitável, reconhecida como violação de direitos humanos das mulheres a uma maternidade segura (Brasil, 2024).

2.3 Reflexões sobre a Rede Cegonha/Alyne

Entre 2011 e 2024, a rede com direcionalidade obstétrica e neonatal teve 3 (três) denominações e mudanças em sua estrutura, o que demonstra a complexidade da questão, envolvendo posições divergentes. Ao olhar para as portarias (Quadro 1) a primeira questão que se observa é que a Rede Cegonha foi reprimada em 2023, ou seja, sua portaria, revogada em 2022 pela Rede RAMI, teve vigência retomada, sem alterações.

A Rede RAMI, criticada pelo olhar mais clínico assistencial, focou sua estratégia, seu desenho de atuação, nos níveis assistenciais, enquanto a Rede Cegonha/Alyne mantém o desenho em torno dos momentos do ciclo gravídico puerperal/neonatal e seus cuidados. Já a Rede Alyne, se diferencia da Rede Cegonha por metas de equidade direcionadas à população negra e indígena (Quadro 1).

Essa descontinuidade do desenho de rede pode ter tido impacto na garantia de cobertura assistencial e oferta de serviços.

Publicações literárias recentes trazem algumas realizações feitas em hospitais que compõem a RC a fim de avaliar e monitorar as possíveis mudanças nas ofertas de serviço. No período de 2014-2015, foi realizada juntamente com gestores federal, estadual e municipal, uma avaliação acerca das boas práticas em serviços propostas pela RC, foram levados em conta fatores como: O cumprimento do acolhimento e classificação de risco, direito ao acompanhante de livre escolha da gestante, respeito ao binômio mãe e filho, taxa de ocupação dos leitos obstétricos de referência de alto risco (Aguemi, 2021).

E em 2016-2017 foi realizada mais uma avaliação, desta vez assessorada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Universidade Federal do Maranhão (UFMA). O monitoramento realizado nas maternidades contempladas com o Plano de Ações Regionais analisou diretrizes como: Acolhimento em obstetrícia e classificação de risco, boas práticas na atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto, monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal, gestão participativa, e ambiência da maternidade. As duas avaliações serviram para que a partir da observação das possíveis fragilidades apresentadas, possam ser tomadas medidas que as modifiquem, o que auxilia no processo de gestão. (Aguemi, 2021).

Ainda considerando o olhar das usuárias, estudo realizado em 2017 demonstrou diferenças na percepção do acolhimento conforme características sociodemográficas. O melhor acolhimento foi relatado por mulheres brancas, com maior escolaridade, maior faixa etária (acima de 20 anos) e que realizaram parto vaginal. O pior acolhimento foi relatado por mulheres negras e pardas (Nunes *et al.*, 2022).

Um outro estudo avaliativo publicado no ano de 2021, que foi realizado nos estabelecimentos de saúde públicos e privados conveniados ao SUS, das regiões Norte e Nordeste, busca avaliar: Os desafios da gestão colegiada, os desafios para o enfrentamento da violência obstétrica, e o potencial do processo avaliativo na indução

de mudanças. Segundo relatos de participantes do estudo, os resultados foram que em primeiro ponto, a gestão colegiada sofre alguns desafios, fato que também foi observado no ciclo avaliativo realizado em 2014-2015, esse componente acaba sendo em algumas situações, substituídos por rodas de conversas mensais onde há as trocas de experiências, também foi pontuado que em alguns casos as decisões colegiadas permanecem com práticas excludentes e hierarquizadas onde não acontece a participação de toda a equipe (Lamy, 2021)

No que se refere aos desafios para o enfrentamento da violência obstétrica, pontua-se que ainda existe uma grande resistência em se libertar de práticas enraizadas nas ofertas de serviços, violência como intervenções médicas mascaradas com a desculpa de que se tratava de um parto de alto risco, e a má comunicação da equipe com as parturientes, ainda são frequentes. A falta de capacitação das equipes, e a superlotação de hospitais são fatores que podem evidenciar esse tipo de acontecimento. Por outro lado, o estudo também trouxe alguns olhares que evidenciaram que algumas equipes se empenham em seguir as boas práticas no serviço, respeitando as vontades das gestantes, mantendo uma boa conversa e as deixando cientes de seus direitos. Em relação aos impactos das avaliações sobre as condutas dos profissionais, foi pontuado que esse processo fez com que em alguns casos, os gestores juntamente com suas equipes se propuseram a seguir as normas vigentes na RC, a partir da observação das fragilidades dos setores, mas esse fato também sofreu algumas alterações de acordo com as equipes de plantões, umas se mostraram mais comprometidas do que outras (Lamy, 2021).

Quadro 1 – Comparativo das Características das Redes Cegonha, RAMI e Alyne

Componente	Rede Cegonha 2011/2023 PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 REPRISTINADA PELA PORTARIA GM/MS Nº 13, DE 13 DE JANEIRO DE 2023	RAMI 2022 PORTARIA GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022	Rede Alyne 2024 PORTARIA GM/MS Nº 5.350, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; 2. Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; 3. Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis; 2. Garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; 3. Reduzir a morbimortalidade materna e infantil. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; 2. Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena.”
Estratégias	Organizar-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: I – Pré-Natal II – Parto e Nascimento III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança IV – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação	Constituída pelos seguintes componentes: Componente I – Atenção Primária à Saúde (APS); Componente II – Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); Componente III – Atenção Hospitalar (AH); Componente IV – Sistemas de Apoio; Componente V – Sistemas Logísticos; e Componente VI – Sistema de Governança.”(NR)	Organiza-se a partir dos seguintes componentes: I – Pré-natal; II – Parto e nascimento; III – Puerpério e atenção integral à saúde da criança; IV – Sistema logístico; V – Sistema de apoio; e VI – Sistema de governança.
Serviços ou Pontos de Atendimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. UBS 2. Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera 3. leitos de UTI neonatal e UTI adulto 4. Leito Canguru 5. UTI neonatal 6. leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centros de Parto Normal (CPN) 2. Casa Gestante, Bebê e Puérpera (CGB) 3. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINC) 4. Teste rápido de gravidez 5. Exames pré-natais 6. Ambulatório de alto risco gestacional (AGAR) 7. Ambulatório de seguimento do recém-nascido e criança egressos da Unidade Neonatal (ANEO). 	<ol style="list-style-type: none"> I – Unidade Básica de Saúde – UBS; II – Ambulatório especializado, e III – Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco – AGPAR. I – Centro de Parto Normal intra-hospitalar – CPNi e Centro de Parto Normal peri-hospitalar – CPNp; II – Maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos; III – maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos, habilitação em gestação de alto risco; IV – Unidades de cuidado neonatal; e V – Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP. II – Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança – A-SEG; e III – Banco de Leite Humano – BLH.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das portarias.

3 JUSTIFICATIVA

O debate de redes de atenção e da garantia de acesso aos cuidados em saúde vem sendo central nos sistemas de saúde, desde a instituição dos mesmos. Também na organização da Rede Cegonha trata-se de questão relevante: a garantia da adequada cobertura de serviços. Com o intuito de caracterizar as ofertas de serviços obstétricos após a implementação da Rede Cegonha, o presente estudo se justifica pelo fato de que uma análise desses serviços pode facilitar o processo de planejamento e metas que venha a auxiliar no processo de qualificação, objetivando atender as reais demandas da população, solucionando alguns entraves presentes nesses setores. A análise será feita com dados de 2008 a 2022, com o intuito de observar como os serviços em saúde se comportam antes e depois da introdução da RC. Portanto, pretende-se responder à pergunta: **Houve aumento de oferta de serviços a partir da implementação da RC?**

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Caracterizar a oferta de serviços obstétricos em Pernambuco antes e após a implementação da Rede Cegonha.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Observar a evolução da Rede obstétrica do SUS em Pernambuco, no período entre 2008 a 2022;
- b) Caracterizar a oferta de serviços da Rede Cegonha em Pernambuco;
- c) Identificar se houve mudanças na oferta de serviços obstétricos em Pernambuco, após a implantação da Rede Cegonha.

5 METODOLOGIA

Estudo de delineamento quantitativo, descritivo, observacional, trata-se da construção de uma série histórica com o objetivo de identificar os impactos da rede cegonha sobre a oferta de serviços obstétricos em Pernambuco entre os anos de 2008 a 2022.

O estado de Pernambuco, localizado na região nordeste, com 98.067,877km² de área territorial, com 92,37 hab/km² de densidade demográfica e uma população igual a 9.058.931 pessoas, faz parte de uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo o sétimo mais populoso, estando entre os dez com melhor PIB nacional e em primeiro entre os estados do nordeste (IBGE).

Foram utilizados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo DataSUS/Tabnet do Ministério da Saúde, utilizando o mês de dezembro como referência.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um importante aliado para os Sistemas de Informações em saúde automatizando as coletas dos dados feitos nos estados e municípios sobre fatores como: capacidade física, serviços disponíveis, e profissionais vinculados, onde foram coletadas as seguintes variáveis: Casa de Gestante, Bebês e Puérperas, Pronto Socorro Pediátrico, Centros de Partos Normais, Pronto Socorros Obstétricos, Leitos de UTI Neonatal I II III, Leitos de UTI Pediátrica I II III e Leitos para Gestantes de Alto Risco.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem como objetivo coletar dados de todos os nascimentos que ocorreram no território Nacional, e fornecer dados acerca da natalidade para os demais níveis do Sistema de Saúde, onde foram coletadas as seguintes variáveis: Parto Cesariano por idade e instrução da mãe e Parto vaginal por idade e instrução da mãe.

O Sistema de Informação de Mortalidade é um componente da vigilância epidemiológica que coleta os dados acerca dos óbitos que ocorreram no país e fornece as informações de mortalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde, onde foram coletados os óbitos maternos.

Foram analisados o levantamento da oferta anual de serviços obstétricos em Pernambuco, no período de 2008 a 2022, buscando as variáveis que caracterizam as

mudanças geradas pela Rede Cegonha. Nesse sentido, foram utilizadas as variáveis citadas no artigo de Ribeiro e colaboradores (2020) para análise do desenvolvimento da Rede Cegonha. Também foram buscadas variáveis que expressam o cenário epidemiológico na área de saúde materna, no intuito de desenhar o panorama sobre o qual a RC se desenvolve:

Quadro 2 – Variáveis para análise da Rede Cegonha

Variáveis para análise do desenvolvimento da Rede Cegonha	Variáveis do cenário epidemiológico na área da saúde materna
<ul style="list-style-type: none"> ● Partos; ● Leitos de UTI Obstétricos; Pediátricos e Neonatais; ● Leitos para Gestação de Alto Risco; ● Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas; ● Casas de Parto Normal. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Via de parto; ● Razão de Mortalidade Materna; ● Proporção de pré-natal.

Fonte: A autora (2025).

O processamento e análise dos dados foi realizado por meio de Planilhas do Excel, em série histórica. Para a análise, foram observados os dados absolutos, proporções e taxas.

A razão de mortalidade materna foi calculada seguindo o padrão de indicadores da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), os dados de óbitos maternos e nascidos vivos foram obtidos através do SINASC.

A análise buscou levantar indícios das mudanças geradas no processo de implantação da RC, no período, em relação à oferta assistencial. Para tanto, pretendeu-se identificar: **Houve aumento de oferta de serviços a partir da implantação da RC?**

Foi usada estatística descritiva, já que não se pretende discutir correlações. Foram usados números absolutos e proporções.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de dados secundários obtidos através do DataSUS, obedecendo aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde, resolução 510/2018. Sendo assim, ficou dispensada a submissão do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos.

5 RESULTADOS

Para análise da evolução da RC em Pernambuco, inicialmente se elaborou um quadro agregando a descrição das unidades de saúde implementadas com a rede, as informações da quantidade de leitos existentes durante os anos da pesquisa, e a descrição dos eventos que ocorreram nesses mesmos anos, o Quadro 03.

Em relação à oferta de serviços que compõem a Rede Cegonha, verifica-se no Quadro 3 que durante os dois primeiros anos de sua implantação, 2011 e 2012, a RC em Pernambuco não contava com a Casa de Gestante, Bebês e Puérperas, casa que oferta alojamento as mães que residem longe do serviço, e que em virtude muitas vezes da prematuridade ou outro agravo necessitam desse apoio para ficar mais perto dos seus respectivos filhos que se encontram internados nas unidades. Somente a partir de 2013, os municípios de Vitória de Santo Antão e Recife criaram as primeiras Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas. Em 2017, surge mais uma unidade, e em 2018 totalizam 3 unidades, número que se mantém até o último ano da série, 2022 (Quadro 3).

No caso do Pronto Socorro Pediátrico começaram a ser instituídos em 2012, com um número de 35 unidades para atender o público infantil. Ao passar dos anos é notável que a oferta desses serviços sofre uma diminuição, visto que durante os anos seguintes o número de Unidades reduz gradativamente, ficando assim com apenas 25 unidades no ano de 2022, o que representa uma redução de cerca de 29% das Unidades de pronto socorro, causando um déficit na assistência (Quadro 3).

Os Centros de Partos Normais já constavam com 15 unidades no ano de 2008, perde duas unidades no ano seguinte, não aparecem nos dois anos seguintes, e voltam a aparecer no ano de 2012, após a criação da Rede Cegonha com 16 unidades, ganhando mais três unidades que se mantém até o ano de 2017, uma vez que oscilam e tem uma diminuição nos anos de 2017 a 2020 e só a partir de 2021 volta a crescer e contar novamente com 19 unidades. (Quadro 3).

Os Prontos Socorros Obstétricos não aparecem nos anos de 2008 a 2011 e então, somente no ano 2012 aparecem com 30 unidades de atendimento, mas que não se mantém em um valor estável, visto que ocorrem ao longo dos anos uma oscilação e esse número reduz, chegando ao ano de 2022 com apenas 24 unidades, sendo assim uma redução de 20% desses serviços, sendo um fator preocupante, visto

que isso implica diretamente na assistência prestada durante o nascimento (Quadro 3).

No que se refere aos leitos que compõem a Rede Cegonha, é possível observar que os Leitos de UTI Neonatal I II III já existiam desde 2008 e nesse respectivo ano contavam um número de 154 leitos, teve um ganho de 4 unidades no ano seguinte, no ano de 2010 tinha 173 leitos, e no ano de 2011, mesmo ano da criação da Rede o número era 205 leitos. Nos anos seguintes, foi possível perceber que após a sua implantação, os números de leitos apresentaram um número crescente nos anos subsequentes atingindo a marca de 278 leitos no ano de 2022, sendo fator crucial para a redução da mortalidade infantil ainda no período neonatal (Quadro 3).

Os leitos de UTI Pediátrica I II III, apresentam o número de 117 leitos em 2008, com uma redução para 106 no ano seguinte e aumenta gradativamente nos próximos anos chegando a 180 leitos no ano de 2014 e então volta a diminuir nos anos entre 2015 a 2019, uma redução de aproximadamente 5%. Dessa forma, só a partir do ano de 2020 começa aumentar novamente com um total de 191, e assim permaneceu, fechando o ano de 2022 com um número equivalente a 305 leitos para ala pediátrica, para melhor cuidar da saúde e bem-estar das crianças desde o seu nascimento à adolescência (Quadro 3).

Quanto aos leitos para Gestantes de Alto Risco possuem a pequena marca de 10 leitos nos anos de 2008 a 2017 e então cai bruscamente para somente 1 leito no ano de 2018 que se mantém até o ano de 2022 (Quadro 3).

Em relação aos registros por tipo de parto, em 2008 são registrados 65.285 Partos Cesarianos por idade e por instrução da mãe, sendo esse tipo de parto crescente, chegando a ser registrado em 2014 um total de 77.893 partos via cesariana, esse número só começa a reduzir a partir de 2015, com um total de 74.722 e se manteve nesse nível nos próximos anos registrando 61.077 partos em 2022 (Quadro 3).

Em 2008, são registrados 79.802 Partos Vaginais por idade e instrução da mãe, apresentando diminuição nos próximos anos, contando 64.911 partos em 2016, com leve aumento nos próximos anos, e diminuição significativa do ano de 2022 com o registro de 56.249 partos. (Quadro 3).

Em 2008, da Razão de Mortalidade Materna é de 41,31, quantidade que oscila entre aumentos e diminuições nos próximos anos, atingindo uma quantidade

preocupante no ano 2021 com o registro de 71,3, apresentando uma diminuição significativa em 2022, com o registro de 40,02 (Quadro 3).

Em 2008 fora registrado um percentual de 1,73% de gestantes que não realizaram nenhuma consulta Pré-natal, oscilando nos próximos anos, com um aumento em 2014, registrando 3,14%, apresentando diminuições nos próximos anos, e se mantendo em média de 1,30% em 2022 (Quadro 3).

Em 2008 fora registrado 7,91% da realização de 1 a 3 consultas Pré-natal, apresentando diminuição nos anos seguintes, e um aumento no ano de 2011 com 8,17%, com diminuições significativas nos próximos anos, registrando em 2022 um percentual de 5,24% (Quadro 3).

Em 2008 fora registrado 43,22% da realização de 4 a 6 consultas Pré-natal e diminuições nos próximos anos, com o registro de 17,56% no ano de 2022 (Quadro 3).

Em 2008 fora registrado 46,26% da realização de 7 ou mais consultas Pré-natal, com os registros de bons aumentos nos próximos anos, apresentando 75,36% em 2022 (Quadro 3).

Em 2008 fora apresentado 0,89% do registro ignorado da realização das consultas Pré-natal, oscilando entre aumentos e diminuições nos próximos anos, registrando 0,91% em 2022 (Quadro 3).

O quadro 4 apresenta a distribuição de leitos obstétricos no estado, por região e por macrorregião de saúde. Utilizando como referência o mês de dezembro de cada ano, observa-se que não há mudança no total de leitos clínicos e obstétricos entre os anos de 2008 e 2012, com 2530 leitos, contudo, há uma pequena concentração de serviços para a Macro I, com discreta redução de leitos das Macros 2 e 3; apenas a Macro 4, Petrolina, não teve redução, mas também um pequeno aumento de Leitos.

Para 2022, há uma redução geral dos leitos de leitos, de 2530 em 2012 pra 2114 em 2022, mesmo regiões de maior porte, como Recife e Petrolina, apresentaram redução. Manteve-se, entre 2012 e 2022, a concentração de leitos na Macro 1 e, dentro das macros, ampliou-se nas Macro 1, 2 e 4 a concentração de leitos nas maiores regiões, Recife (1), Garanhuns (5) e Petrolina (8), respectivamente (Quadro 4).

Contudo, quando se compara com a proporção de Mulheres em Idade Fértil - MIF, potenciais usuárias da RC, em 2021, observa-se que a concentração de leitos não está muito distante da concentração de mulheres em idade fértil por Macro,

havendo pequena diferença à maior entre leitos e pop MIF nas macrorregiões 2 e 3: 20,01% para 19,70% e 12,25% para 8,52% respectivamente; e pequena diferença a menor nas Macro 1 e 4, de 56,01% para 61,40% e de 11,73% para 10,38% respectivamente (Quadro 4).

Quadro 3: Caracterização dos eventos e estrutura de rede que compõem a Rede Cegonha no período 2008 (pré-RC) até 2022 - Pernambuco

Eventos	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Parto Cesariano	65285	66754	68334	71280	73836	75968	77893	74722	65679	66949	70064	68011	66617	64538	61077
Parto Vaginal por instrução da mãe	79802	74971	68134	68488	67317	65305	65396	70157	64911	68848	68067	65154	61751	61599	56249
Razão P Cesariano/P. Vaginal	0,82	0,89	1,00	1,04	1,10	1,16	1,19	1,07	1,01	0,97	1,03	1,04	1,08	1,05	1,09
Proporção de Partos Vaginais	55,0	52,9	49,9	49,0	47,7	46,2	45,6	48,4	49,7	50,7	49,3	48,9	48,1	48,8	47,9
Óbitos maternos	60	65	59	68	60	72	77	76	67	76	78	54	72	90	47
Razão de Mortalidade*	41,32	45,83	43,19	48,54	42,43	50,9	53,66	52,4	51,24	55,91	56,39	40,49	56,03	71,3	40,02
Proporção de pré-natal	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nenhuma consulta	1,73	1,77	1,47	1,76	3,24	2,48	1,61	1,51	2,00	1,92	1,68	1,47	1,56	1,19	1,30
De 1 a 3 consultas	7,91	7,53	6,91	8,17	7,54	7,48	7,12	6,66	6,46	6,12	5,55	4,91	5,45	4,80	5,24
De 4 a 6 consultas	43,22	41,19	38,81	34,27	31,57	30,63	29,07	28,13	26,88	24,52	22,29	20,81	20,63	18,91	17,56
7 ou mais consultas	46,26	48,68	52,03	54,18	56,18	58,12	61,21	62,81	64,05	67,07	70,15	72,29	71,76	74,29	75,36
Ignorado	0,89	0,83	0,78	1,62	1,47	1,30	0,98	0,89	0,62	0,37	0,33	0,52	0,60	0,80	0,91
LEITOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Leitos de UTI Neonatal I II III	154	159	173	205	221	226	226	226	246	242	266	279	258	262	278
Leitos de UTI Pediátrica I II III	117	106	135	154	153	165	180	178	168	160	169	173	191	191	305
Leitos para Gestantes de Alto risco	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	1	1	1	1	1
Serviço/Unidade	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casa de Gestante, Bebês e Puérperas*	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3
Pronto Socorro Pediátrico	0	0	0	0	35	34	33	31	30	30	28	24	25	25	25
Centros de Partos Normais	15	13	DI	DI	16	19	19	19	19	17	16	16	17	19	19
Pronto Socorros Obstétricos	0	0	0	0	30	29	28	26	26	26	26	26	24	24	24

Fonte: Dados de Vias de Partos: SINASC; Dados de óbito materno: SIM; Dados de pré-natal: SINASC; Leitos e Serviços: CNES. Elaborado pela autora.

*Obs: Calculada segundo o padrão RIPSA.

Quadro 4 – Distribuição de Leitos Obstétricos por Região e Macrorregião – Pernambuco, 2008, 2012, 2022.

Leitos obstétricos por Região	Dezembro 2008			Dezembro 2012			Dezembro 2022			Pop. Mulheres em idade fértil em 2021**	
	Obstetrícia Cirúrgica	Obstetrícia Clínica	Propor.	Obstetrícia Cirúrgica	Obstetrícia Clínica	Propor.	Obstetrícia Cirúrgica	Obstetrícia Clínica	Propor.	N	%
1 Recife	582	289	34,43	537	330	34,27	460	324	37,09		
2 Limoeiro	52	135	7,39	61	132	7,63	48	111	7,52		
3 Palmares	32	212	9,64	61	213	10,83	27	149	8,33		
12 Goiana	39	56	3,75	28	56	3,32	28	37	3,07		
Macro 1	705	692	55,22	687	731	56,05	563	621	56,01	1.932.622	61,40
4 Caruaru	167	157	12,81	118	174	11,54	143	159	14,29		
5 Garanhuns	112	55	6,60	91	82	6,84	31	90	5,72		
Macro 2	279	212	19,41	209	256	18,38	174	249	20,01	620.109	19,70
6 Arcoverde	105	43	5,85	91	58	5,89	56	70	5,96		
10 Afogados da Ingazeira	3	73	3,00	1	60	2,41	9	59	3,22		
11 Serra Talhada	20	102	4,82	31	82	4,47	24	41	3,07		
Macro 3	128	218	13,68	123	200	12,77	89	170	12,25	268.059	8,52
7 Salgueiro	35	44	3,12	42	44	3,40	16	28	2,08		
8 Petrolina	40	61	3,99	28	86	4,51	42	74	5,49		
9 Ouricuri	43	73	4,58	44	80	4,90	22	66	4,16		
Macro 4	118	178	11,70	114	210	12,81	80	168	11,73	326.715	10,38
Total	1.230	1.300	100	1.133	1.397	100	906	1.208	100	3.147.505	100,00
Total de Leitos Obstétricos		2.530			2.530			2.114			

Fonte: Autora, 2025; Dados de Leitos do CNES; **Dados do Plano Estadual de Saúde 2024-2027

6 DISCUSSÃO

A Rede Cegonha tem em seus pilares a assistência humanizada que se remete desde o pré-natal, parto ao puerpério, envolvendo assim diretamente uma promoção de partos e nascimentos saudáveis, o que implica na redução da mortalidade materna e neonatal. Logo, esse modelo se contrapõe à lógica do modelo hegemônico que por sua vez tem uma alta frequência de partos cesarianos e intervenções desnecessárias na hora do parto, se configurando muitas vezes como violência obstétrica (Lamy; Gonçalves; Carvalho, 2021).

O estudo evidenciou que após a implantação da Rede Cegonha no estado de Pernambuco ocorreu uma evolução e ampliação na rede de serviços obstétricos, isso em virtude da criação da casa das gestantes, bebês e puérperas (CGBP), Centros de parto normal (CPN) e Pronto-socorros obstétricos, que possibilitou uma melhoria na infraestrutura e na qualidade dos serviços ofertados ao público materno infantil, mesmo ainda havendo muitos desafios a serem superados.

Verificou-se que o estado de Pernambuco só passou a contar em sua rede de serviços com as casas das gestantes, bebês e puérperas após a implantação da rede cegonha. Sendo esse um marco muito importante na vida das mães e também de seus respectivos filhos. Isso porque, segundo o Ministério da Saúde, a Casa das gestantes, bebês e puérperas é uma unidade de cuidado intermediário, voltado para gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade que demandam vigilância e proximidade dos serviços hospitalares, mesmo não havendo a necessidade de internamento, permitindo assim que as mães tenham uma boa assistência e possam acompanhar seus filhos que muitas vezes necessitam ficar na Unidade de tratamento intensivo neonatal (Amorim; Souza, 2020)

Neste estudo, houve uma redução significativa de 29% das Unidades de Pronto Socorro pediátrico, o que implica diretamente na qualidade da assistência à saúde. Em virtude que, o Pronto Socorro Pediátrico é uma unidade de emergência e que atende pacientes que demandam tratamento imediato, logo essa redução pode implicar na oferta do serviço, causando uma superlotação na rede, além de também em alguns casos comprometer a vida por falta de assistência em tempo hábil (Arrué *et al.*, 2013).

Enfatiza-se que a instalação de Centros de partos normais foi um ganho importante, pois surge para alterar as práticas de cuidado, reduzindo cesárias e

intervenções desnecessárias, prevenindo morbidade severa e aumentando a satisfação da mulher. Isso em decorrência da oferta de um espaço respeitoso, digno e acolhedor que traz a gestante para ser protagonista, deixando de ser centrado no médico, rompendo assim com a lógica hospitalocêntrica. A literatura traz que submeter a mulher a permanecer deitada durante o trabalho de parto, expor ela a toques excessivos, uso de fármacos para acelerar o parto, são atos de violência e que deixam as gestantes ainda mais vulneráveis a problemas futuros, os Centros de partos normais vêm para romper com isso proporcionando mais segurança, humanização e acolhimento durante esse momento de concepção (Teixeira; Pinheiro; Nogueira, 2018).

O estudo revelou que a rede de serviços do SUS já contava com leitos de UTI neonatal, porém a implantação da Rede Cegonha contribuiu para a ampliação desse número, com o objetivo de reduzir a mortalidade ainda no período neonatal. Isso porque o principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce, estimativas trazem que esses recém-nascidos vão a óbito ainda durante o primeiro dia de vida, em decorrência muitas vezes da prematuridade e o baixo peso ao nascer. Logo, os leitos de UTI neonatal são unidades essenciais para intervir no atendimento de recém-nascidos que precisam de cuidados intensivos, reduzindo assim os riscos de vida. No entanto, apesar dos grandes avanços e conquistas, ainda é possível ver que os indicadores de mortalidade materno-infantil ainda são elevados, o que se constitui como motivo de preocupação, em virtude que muitas unidades de saúde não estão preparadas para fornecer esse tipo de atendimento, com profissionais capacitados e equipamentos adequados (Teixeira; Araújo; Maranhão, 2019).

A quantidade de leitos de UTI Pediátrica já se mostrou com um número razoável em 2008, o estudo mostrou que após a implantação dessa política o número de leitos se manteve em nível crescente, encerrando-se no período do estudo com o dobro da quantidade inicial. Isso significa que bebês e crianças que necessitarem de cuidados intensivos receberão uma melhor assistência e cuidado, sendo assim as necessidades de saúde atendidas de maneira adequada e em tempo oportuno (Pereira *et al.*, 2021).

Apesar da grande relevância e ser crucial para a redução da mortalidade materna, os leitos para gestantes de alto risco ainda possuem um número muito reduzido na rede de serviços, o que dificulta e resulta muitas vezes em ausência do acompanhamento necessário e até mesmo problematizar o processo de assistência

a salvar vidas. Visto que, em virtude das intercorrências, surge a necessidade de atender a complicações durante a gestação, bem como, hipertensão, diabetes gestacional, infecções, pré-eclâmpsia. Fatores esses que podem colocar a saúde da mãe e do bebê se não contar com uma assistência especializada. Logo, é perceptível que mesmo com os ganhos na saúde materno-infantil com a implantação da Rede Cegonha, esse ainda é um déficit na rede de assistência à saúde (Nascimento; Silva; Oliveira, 2018).

O estudo traz uma questão muito importante que é referente a via de parto, que são sempre motivos de discussões no âmbito da saúde da mulher, mesmo os partos vaginais se apresentarem em maior proporção, é notável ver que ainda há uma presença forte na hora do nascimento de cesarianas. A literatura discute que com a implantação da Rede Cegonha em 2011, surgiram estratégias que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Buscando sempre promover um parto mais seguro e humanizado, priorizando dentre os tipos de parto o vaginal, em virtude dos benefícios e evitabilidade de riscos para a saúde tanto para mãe quanto para o filho. Porém, é possível ressaltar que a política não exclui o parto cesáreo, mas que esse passa ser indicado apenas quando houver indicação médica, já que este pode ser fator responsável pelo surgimento de diversos problemas de saúde, como infecções e acarretar também retardos no desenvolvimento do bebê (Dias Júnior, 2019).

Sobretudo, o alto índice de mortalidade materna é uma problemática preocupante e que reflete muito nas condições de saúde. Isso porque mesmo com o aumento no enfoque a atenção à saúde da mulher focada nas necessidades desde o pré-natal, parto e nascimento, puerpério, vemos uma deficiência nesse sistema, visto que a prevalência desses óbitos maternos em muitas circunstâncias são evitáveis, e que ocorre em virtude de condições e complicações que podem ser prevenidas ou tratadas adequadamente. Logo, vemos que ainda há um déficit e desigualdade persistente dentro da rede de saúde materno-infantil Silva De (Souza *et al.*, 2022).

Dentro do estudo, foi possível notar que o número de gestantes que não realizaram o pré-natal foi bem baixo, isso significa que as gestantes estão começando cada vez mais cedo o acampamento, sendo assim o número de consultas durante a gestação é bem maior, fator muito importante para o bem estar da gestante e do bebê, isso porque com o acompanhamento contínuo é possível detectar problemas precocemente através da realização de exames, além de ser crucial para orientações

durante a gestação e após o nascimento do bebê. Sendo assim, a Rede Cegonha trouxe um grande fortalecimento na ênfase do pré-natal, prevenindo-os de possíveis intercorrências que podem os afetar durante o período gestacional, assim como, promover um nascimento saudável (Vieira Diógenes *et al.*, 2021).

Chama a atenção a redução de leitos entre o período imediato de implantação da Rede Cegonha (2012) e o ano de 2022, quando se esperava ter ampliação de leitos. Contudo, é importante observar que a concentração de leitos acompanha a concentração de população de mulheres em idade fértil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede Cegonha trouxe avanços significativos na atenção obstétrica em Pernambuco, promovendo a ampliação de serviços e a humanização do parto. Entretanto, desafios como a redução de leitos e a persistência no alto índice de mortalidade materna, indicam que ainda há muito o que avançar.

A mudança do modelo nacional em vários momentos reflete uma política em disputa, e essa disputa se desdobra em vários âmbitos, desde o conflito entre um sistema de saúde biomédico curativista e um voltado para a promoção da saúde, até o conflito local entre oferta regional ou municipal, oferta pública ou privada.

Sendo assim, mesmo com os avanços, alguns desafios ainda são evidentes. A redução de leitos de Prontos Socorros Obstétricos, dos Leitos para Gestantes de Alto risco e a persistência do alto índice de partos cesarianos são fatores que impactam a efetividade da RC. Não se observa o esperado crescimento da oferta de serviços, com a exceção do pré-natal.

Por fim, pode-se chegar à conclusão de que a implementação da Rede Cegonha trouxe avanços importantes para a qualificação da oferta de serviços como o aumento significativo na realização de 7 ou mais consultas pré-natal, também a criação da casa de gestante, bebês e puérperas, dos centros de partos normais e de outras variáveis como leitos específicos voltados para esse cuidado pautado na rede, mas não foi suficiente para aumentar a oferta de serviços obstétricos, tendo em vista que foram encontradas poucas unidades, ou como no caso dos pronto socorro pediátricos, uma redução, o que não foi suficiente para atender as necessidades do público materno.

REFERÊNCIAS

- AGUEMI, A. Indicadores maternos para monitorar hospitais da Rede Cegonha: uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 781–787, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300781&tlng=pt. Acesso em: 5 set. 2024.
- ALMEIDA, P. F.; CASOTTI, E.; SILVÉRIO, R. F. L. Trajetórias assistenciais de usuários com COVID-19: das medidas preventivas à reabilitação. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. e00163222, 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023000205001&tlng=pt. Acesso em: 5 set. 2024.
- AMORIM, C.; SOUZA, C. Perfil socioeconômico e cultural das moradoras temporárias da Casa da Gestante: estudo de caso. *Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar*, Recife, v. 6, n. 19, p. 41–51, 2020. Disponível em: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RECEI/article/view/2560/2326>. Acesso em: 3 mar. 2025.
- ARRUÉ, A. M. *et al.* Demanda de um pronto-socorro pediátrico: caracterização dos atendimentos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n. 4, p. 1090–1097, abr. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11584/13606>. Acesso em: 3 fev. 2025.
- BITTENCOURT, S. A; CAMACHO, L. A B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19–30, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100003. Acesso em: 25 out. 2024.
- BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre a estrutura das Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/gestao-do-sus/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude-cnes>. Acesso em: 28 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sistemas-de-informacao/sinasc>. Acesso em: 28 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne**: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil. Conselho Nacional de Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>. Acesso em: 27 nov. 2024.

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014. Acesso em: 5 mar. 2025.

CÂMARA, P. *et al.* **Mãe Coruja Pernambucana**: um olhar sobre os números, 2017.

PASCHE, D. F. *et al.* Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 58–71, out. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774070>. Acesso em: 6 mar. 2025.

DIAS JÚNIOR, I. M. **Análise das vias de parto após a implantação da Rede Cegonha**. 2019. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) — Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/11690>. Acesso em: 6 mar. 2025.

GUERRA, S. *et al.* Continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. e00047122, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2022000905008&tlng=pt. Acesso em: 7 set. 2024.

GUERRA, H. S. *et al.* Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 73, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897>. Acesso em: 7 set. 2024.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro p. 15–37, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774066>. Acesso em: 6 mar. 2025.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2024.

LAMY, Z. C. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 951–960, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300951&tlng=pt. Acesso em: 3 mar. 2025.

LOACH, K. O espírito de 45. Inglaterra: Fly Film Company, 2013. **Documentário**, 94 min. Disponível em: <https://vimeo.com/124353555>. Acesso em: 13 mar. 2025.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2024.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3–11. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1262>. Acesso em: 6 mar. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620–1625, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2024.

MORTELARO, P. K. *et al.* Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, p. e8152, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042024000100208&tlng=pt. Acesso em: 5 set. 2024.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento: contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 3, n. 01, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/4241>. Acesso em: 3 mar. 2025.

NUNES, A. L. *et al.* Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. PT228921, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2022000405017&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2024.

PEREIRA, S. A. *et al.* Distribuição espacial de leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal no Brasil e sua associação com a taxa de mortalidade infantil. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 879–887, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/8442>. Acesso em: 5 mar. 2025.

SANTOS FILHO, S. B.; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 775–780, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300775&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2024.

SOUZA, D. R. S. *et al.* Associação da adesão das regiões do Brasil à Rede Cegonha com a mortalidade materna e outros indicadores de saúde. **Revista Ciência Plural**,

Natal, v. 8, n. 2, p. 1–16, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26632>. Acesso em: 6 mar. 2025.

TEIXEIRA, J. A. M. *et al.* Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100303&tlng=pt. Acesso em: 3 mar. 2025.

TEIXEIRA, C. S.; PINHEIRO, V. E.; NOGUEIRA, I. S. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 9, n. 1, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1101>. Acesso em: 3 mar. 2025.

DIÓGENES, I. V. *et al.* Assistência pré-natal conforme as diretrizes da Rede Cegonha em um município cearense. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 66, p. 6381–6392, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i66p6381-6392. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1653>. Acesso em: 5 mar. 2025.

OLIVEIRA, V. G. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, e05012023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.05012023>. Acesso em: 22 mar. 2025.

MONTEIRO, D. L.; FERNANDES, J.; FITTIPALDI, E. O. S. Impacts of the COVID-19 pandemic on the mother owl program of the VII health region of Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, e20200136, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000136-en>. Acesso em: 6 mar. 2025.

GRUPO DE TRABALHO REGIONAL PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA. Declaração conjunta sobre a redução da morbidade e mortalidade materna. Washington, D.C., 08 mar. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-03/cero-muertes-maternas-declaracion-pt.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2025.