

Capítulo 38

Rede Cegonha e Rede de Atenção Materno e Infantil - RAMI: Um estudo reflexivo

Stork Network and Maternal and Infant Care Network - RAMI: A Reflective Study

  <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepesv1-038>

Maria Cristina Santos Santana

Gilvânia Patrícia Nascimento da Paixão

Luciano Marques dos Santos

RESUMO

O presente estudo busca refletir sobre a Portaria 1.459/2011 que instituiu no âmbito do Sistema Único -SUS a Rede Cegonha, e a Portaria nº 715/2022 que altera a Portaria de Consolidação de Gabinete – GM do Ministério da Saúde – MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Materna e Infantil – RAMI. Para sua elaboração, optou-se pela realização de uma revisão narrativa da Portarias e literatura, permitindo uma abordagem reflexiva ampliada e contextualizada sobre o tema abordado, objetivando reunir os conhecimentos sobre o tópico em estudo.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata de um artigo reflexivo sobre as Políticas de Atenção Materna e Infantil instituídas pelo Ministério da Saúde do Brasil, em especial no recorte temporal de 2011 a 2022. Particular destaque para a Portaria 1.459 que instituiu no âmbito do Sistema Único -SUS a Rede Cegonha, em 24 de junho de 2011, e a Portaria nº 715 de 04 de abril de 2022 que altera a Portaria de Consolidação de GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que visa substituir a Rede Cegonha e instituir a Rede Materna e Infantil-RAMI (BRASIL, 2011; BRASIL, 2022).

Observando o cenário histórico das políticas públicas e legislação para mulheres no Brasil, podemos identificar que no século XX a preocupação era voltada para saúde das mulheres na perspectiva da sua função reprodutiva, sendo oferecidas ações e serviços voltados para a atenção à gravidez, parto e puerpério, e ainda assim de forma precária (BRASIL, 1985). Além da visão reducionista das políticas, na década de 70 o governo brasileiro frente às pressões internacionais para o controle populacional, assumiu frente às

Palavras-chave: Materno-infantil, Rede cegonha, Pré-natal.

ABSTRACT

The present study seeks to reflect on Ordinance 1,459/2011 that instituted the Stork Network within the scope of the Unified System -SUS, and Ordinance No. 715/2022 that amends the Ordinance of Cabinet Consolidation - GM of the Ministry of Health - MS No. 3, of September 28, 2017, to institute the Maternal and Infant Network -RAMI. For its elaboration, it was chosen to perform a narrative review of the Ordinances and literature, allowing an expanded and contextualized reflective approach on the topic addressed, aiming to gather knowledge on the topic under study.

Keywords: Maternal-infant, Stork network, Prenatal.

Nações Unidas o compromisso com o controle da natalidade e ações para o planejamento familiar (CARVALHO, 2015).

Para tanto, permitiu que instituições privadas e estrangeiras conduzissem ações como distribuição indiscriminada de anticoncepcionais orais e realização de laqueadura em escala em mulheres, na sua maioria em condições de pobreza e sem os devidos aconselhamentos, o que provocou indignação na sociedade e nos movimentos feministas da época, que denunciaram e cobraram investigação dos órgãos envolvidos (CARVALHO, 2015).

Em 1983 foi implementada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar e buscar formas para melhor atender as necessidades de saúde da mulher, sem subjugá-las. A partir destes fatos, foi lançada em meio a uma reunião da CPI, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 1985).

O PAISM foi criado com o objetivo de articular ações nos âmbitos federal, estadual e municipal, no intuito de garantir acesso da mulher a ações e serviços de assistência ginecológica como controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST, prevenção do câncer cérvico-uterino e mamário, bem como assistência ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 1985).

Na década seguinte, os anos 90, foram anos de luta na busca da consolidação do SUS, e ficou claro que o PAISM não atendia às expectativas no desenvolvimento de ações e serviços integrais, pois deixou ainda muitas lacunas na oferta do cuidado (REZENDE, 2011). Mesmo com toda a sua organização programática, críticas foram realizadas ao PAISM, haja vista a priorização da atenção a gestação, parto e puerpério, mantendo a ideia central de oferta de serviços relativos às necessidades meramente reprodutivas da mulher, não avançando no sentido da integralidade e de outras demandas para além do período gravídico e puerperal.

Em 2000, reconhecendo a necessidade de estabelecer estratégias para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país, o MS instituiu O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com vistas a garantia de melhoria do acesso, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2000).

É nítido que muito se avançou com a instituição do PHPN e PAISM, sobretudo no reconhecimento da saúde reprodutiva das mulheres, pela possibilidade de escolhas e do direito de decidir sobre o próprio corpo. Entretanto, as políticas existentes não incluíam todas as mulheres e tinham ainda um caráter voltado principalmente para a assistência reprodutiva. Diante disso, a partir de reivindicações de grupos sociais, surge em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Mulher – PNAISM que contemplou ações de prevenção e tratamento de mulheres com HIV/AIDS, assistência ao abortamento seguro, doenças crônicas não transmissíveis (com foco na violência doméstica, antes oculta) e grupos historicamente excluídos (mulheres rurais, negras, indígenas, com deficiência, lésbicas, e privadas de liberdade). Esta política também se consolidou com o intuito de alcançar alguns objetivos relacionados a promoção da assistência obstétrica e neonatal qualificada e humanizada (BRASIL 2004).

Visando a qualificação da assistência as mulheres, destacam-se dentre os objetivos da PNAISM a promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, sobretudo por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Toda essa construção legal, reivindicada pelos movimentos sociais, sobretudo movimento de mulheres, fez com que o Brasil avançasse na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento a partir dos anos 2000. No entanto, a redução da morbimortalidade materna e infantil ainda era um desafio (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, como proposta de trabalhar na lógica de Rede de cuidados, a Rede Cegonha (RC), instituída em 2011, consiste como uma estratégia prioritária para garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a assistência humanizada e qualificada no pré-natal, parto e puerpério e à criança de 0 a 24 meses, o direito ao nascimento seguro, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis, com diversas contribuições para a Política Integral de Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 2011).

Passados 11 anos de sua implantação, e em um momento político e sanitário desfavoráveis, em abril de 2022, o Governo Federal alterou a Portaria de Consolidação de GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe em seu anexo II sobre a RC, com a publicação da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, para instituir a Rede Materna e Infantil -RAMI que visa assegurar a mulher acesso ao cuidado desde do planejamento familiar, pré-natal, perda gestacional, parto e puerpério e ao RN e a criança ao nascimento e desenvolvimento (BRASIL 2022).

Na perspectiva de compreender as recentes mudanças na Política de Atenção Integral Materna e Infantil, esse estudo tem como objetivo analisar as duas portarias, a saber: Portaria 1.459/2011 que instituiu no âmbito do Sistema Único-SUS a Rede Cegonha, e a Portaria nº 715/2022 que altera a Portaria de Consolidação de GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Materna e Infantil-RAMI, bem como a literatura nacional relacionada a política de humanização de assistência ao parto e nascimento como base à implementação da Rede Cegonha.

2 TECENDO A HISTÓRIA DA ATENÇÃO À MULHER NO BRASIL

A Rede Cegonha constitui-se de estratégia nacional de cunho político assistencial e voltada para a lógica de rede de atenção à saúde, fundamentada nos princípios dos SUS, equidade, universalidade e integralidade. Foi instituída em 2011, a partir da Portaria 1.459/2011, como estratégia com vistas a adotar medidas destinadas a reduzir a morbimortalidade materna e infantil, bem como assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento desde o planejamento reprodutivo ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (BRASIL, 2011).

Os objetivos principais da RC são: *i)* 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; *ii)* organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; *iii)* reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011; RIBEIRO, 2020). Para alcançar tais objetivos, a RC foi organizada em quatro componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha na sua implantação e implementação buscou sistematizar e institucionalizar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento com o menor número de intervenções possível (BRASIL,2011). Nesse cenário, o enfermeiro obstetra é um ator que tem uma importante conexão no cuidado à mulher em todo ciclo gravídico e puerperal. Sua prática profissional está amparada pelo conselho Federal de Enfermagem, através da resolução nº 516/ 2016 que normatiza a atuação e a responsabilidade da assistência ao parto normal sem distorcia por profissionais titulares de diplomas ou certificados de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra (MORAIS e *et al.*, 2020).

Assim, a RC constitui-se de uma rede de cuidados indutora de boas práticas, principalmente no fomento ao parto natural, a política de atenção materno e infantil, trouxe um incentivo carimbado de implantação e custeio para os gestores implantar as Casas de Parto Natural em seus municípios, e o protagonismo das enfermeiras obstetras como atores/atrizes fundamentais na assistência ao parto natural sem distocia, garantindo pagamento pelo SUS dos partos realizados por Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, entre o período de 1990 e 2010 que antecede a institucionalização da Rede Cegonha no Brasil, o país começou a avançar na redução da Razão de Mortalidade Materna de 141 para 68 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, o que representava uma redução de 51%. No que concerne à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40%. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por mil nascidos vivos – NV. Trinta anos depois, em 2010, a taxa média era de 16,2 óbitos por mil nascidos vivos (SILVA; PINHO, 2015).

Dez anos após a implantação da Rede Cegonha é notório o quanto a articulação desta rede de cuidados avançou e contribuiu para a redução desses agravos. De acordo com os dados do boletim epidemiológico de mortalidade infantil de outubro de 2021, a taxa de mortalidade infantil do Brasil apresenta declínio no período de 2010 a 2019, passando de 16 para 13,3 óbitos infantis por mil NV (BRASIL, 2021).

No que tange a mortalidade materna, em 2011, no início da implantação da Rede Cegonha, o Brasil apresentava 65.398 óbitos maternos em idades de 10 a 49 anos. Em 2019, após oito anos de implementação da RC houve uma redução de quase três mil óbitos, que segundo do Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, naquele ano, foram notificados 62.683 óbitos maternos em idades de 10 a 49 anos (BRASIL, 2021). Ressalta-se que nos anos de 2020 e 2021, o Brasil e o mundo vivenciaram grandes desafios referentes ao

enfrentamento a Pandemia da COVID-19 e houve um aumento significativo nas notificações de mortalidade materna no SIM por conta deste agravo, o que fugiu da curva decrescente que vinha contínua (BRASIL, 2021).

No atual cenário da Política de Atenção Materno Infantil, a publicação da Portaria nº 715 de 04 de abril de 2022 que altera a Portaria de Consolidação de GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Materna e Infantil – (RAMI) em todo território nacional. Esta visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2022).

A boa assistência materno-infantil é garantida a partir de objetivos, que são: I- 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; II-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; e III - reduzir a morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2022).

Nessa perspectiva, a RAMI é constituída pelos seguintes componentes: I- Componente Atenção Primária à Saúde (APS); II - Componente Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); III - Componente Atenção Hospitalar (AH); IV - Componente Sistemas de Apoio; V – Componente Sistemas Logísticos; e VI - Componente Sistema de Governança (BRASIL, 2022). A Atenção Primária a Saúde - APS constitui o primeiro componente da RAMI - é, preferencialmente, organizado pela Unidade Básica de Saúde e compreende as ações relativas ao planejamento familiar, ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado à gestante, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao puerpério e à puericultura (BRASIL, 2022).

O segundo componente, a Assistência Ambulatorial Especializada, é responsável pela assistência especializada à gestação de alto risco e pelo seguimento do recém-nascido e da criança (BRASIL, 2022). O terceiro componente, a Assistência Hospitalar, atua como responsável pelo serviço de atenção especializada para as maternidades, hospital geral com leitos obstétricos e leitos neonatais, com suporte diagnóstico e terapêutico clínico e cirúrgico para atendimento a gestantes, puérperas e recém-nascidos, bem como acesso regulado (BRASIL, 2022).

O componente quatro, os Sistemas de Apoio, visam prestar assistência de forma organizada e comum a todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2022). O componente cinco diz respeito aos Sistemas Logísticos e pretende produzir soluções em saúde, com base nas tecnologias da informação e comunicação (BRASIL, 2022). O Sistema de Governança corresponde ao sexto componente, cujo foco é a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para gestão compartilhada (BRASIL, 2022).

A implementação, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da Rami tem previsão de serem realizados anualmente, com o apoio da Câmara Técnica Assessora, formadas por representante da Secretaria da Atenção Primária de Saúde/MS, três técnicos do MS, e um representante estadual (BRASIL, 2022), por meio de avaliação dos seguintes indicadores de desempenho do programa Previne Brasil, a saber:

- a) proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;
- b) proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- c) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- d) proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada (BRASIL, 2022).

O MS destaca ainda, que outras formas de avaliação dos indicadores da RAMI, bem como de monitoramento do cumprimento de parâmetros de procedimentos, de insumos, de parque tecnológico e de equipe, serão definidos em portaria específica que trata dos critérios de habilitação editada pelo Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2022).

3 REFLEXÕES SOBRE OS AVANÇOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A RAMI vem na perspectiva de substituir a Rede Cegonha, e foi publicada unilateralmente, sem a pactuação na Comissão Intergestora Tripartite – CIT. Os representantes lamentaram a publicação da normativa de forma desarticulada com a realidade do território, bem como do processo de trabalho dos profissionais, tornando um desafio a assistência qualificada as mulheres, gestantes e crianças (CONASS/CONASEMS, 2022).

Analisando a constituição da nova política de Atenção Integral Materno e Infantil – RAMI, observou-se que a nova normativa não dispõe de incentivo financeiro para habilitação de novos Centros de Partos Naturais, onde as enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizes atuam em prol de um parto e nascimento seguro, bem como fomentada autonomia da mulher no momento tão complexo e delicado. Essa perspectiva se apresenta como um grande retrocesso, uma vez que os preceitos da Rede Cegonha eram de garantia à privacidade, autonomia e protagonismo da mulher, e indução de boas práticas, diferentemente da lógica do modelo hegemônico, caracterizado por alta frequência de cesariana, medicalização do parto e nascimento, abortos inseguros e taxas elevadas de morbimortalidade perinatal, (MORAIS e et al, 2020).

A nova política (RAMI) é centrada na assistência médica, o que nos leva a (re)pensar sobre o futuro obstétrico no Brasil. Por vários anos se vem trabalhando a desconstrução do modelo médico-hospitalocêntrico e essa mudança vai totalmente de encontro com essa perspectiva. Estudo publicado na Cochrane, onde foram avaliadas 15 pesquisas experimentais, mostrou que quando o acompanhamento do trabalho de parto se dá por enfermeiras parteiras, há maiores taxas de parto vaginais. Também foram demonstradas menores taxas de amniotomia, episiotomia, analgesia intraparto, levando a uma melhor

assistência obstétrica, o que também foi narrado pela maioria das mulheres dos estudos que se mostravam mais satisfeitas nesse modelo de atenção (SANDALL, 2016).

A RAMI também não está garantido o fomento a realização do Fórum de debates coletivos com os atores envolvidos na defesa e garantia dos direitos a saúde da mulher e da criança, no entanto, ao longo dos mais de dez anos da RC, estes espaços dialógicos têm se mostrado essenciais para construção de novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante discussão, acompanhamento e avaliação das ações e serviços. Os Fóruns da RC têm potencial para influenciar a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança por meio do acesso, acompanhamento e implementação de boas práticas desde planejamento reprodutivo ao pré-natal, parto e nascimento (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

A Associação Brasileira de Enfermagem refere que a RAMI se apresenta como um grande retrocesso na política pública de atenção à saúde da mulher e da criança, pois parece estar ancorada nos interesses de grandes corporações da área econômica e médica, na promoção ao retorno ao modelo biomédico centrado no hospital, e que diante a conjuntura de subfinanciamento do SUS e de aprofundamento das desigualdades sociais atravessadas pelo conjunto de crises sanitária, econômica, política e social, a nova normatiza pode trazer um grande impacto na produção social de serviços, no acesso das usuárias do SUS e na execução da atenção, cuidados e assistência à saúde das mulheres e das crianças (ABEN, 2022).

O Conselho Federal de Enfermagem, aponta que a Portaria MS 715/2022, desmonta a Rede Cegonha, a mais bem-sucedida política pública de atenção à saúde materno e infantil, sobretudo na assistência ao pré-natal, parto e puerpério no país, em que a atuação da enfermagem obstétrica teve fundamental atuação e participação na sua implantação e implementação (COFEN, 2022).

Na tentativa de administrar as informações e publicizar a nova política, a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, divulgou em endereço eletrônico oficial, que a RAMI ampliará o financiamento anual da saúde da mulher e da criança para R\$ 1,5 bilhão por ano, destacou ainda a fala do Ministro Marcelo Queiroga no lançamento da nova política “Vamos mudar a história da saúde pública do Brasil por meio da Atenção Primária. Vamos investir em centros que tenham condições de atender às mães da maneira que a ciência recomenda” (BRASIL, 2022).

Sob outra perspectiva a Rádio Brasil de Fato trouxe em entrevista a fala do Coordenador da Comissão Nacional de Saúde da Mulher do Conselho Federal de Enfermagem, que afirmou que o desmonte da Rede Cegonha deve ser considerado como um risco a Saúde Pública, sobretudo a vida reprodutiva. “O que estamos vivendo hoje, com essa mudança, sem ser discutida com clareza, torna-se um processo de ditadura, que não permite diálogo. Essa é uma situação muito séria” (ALVES, 2022).

Considerando que o alto índice de mortalidade materna e infantil se constitui em risco para Saúde Pública, será necessário o empenho de todos os profissionais envolvidos no cuidado a mulher e criança em todos os ciclos de gestação e nascimento e em toda a Rede de atenção materno e infantil, com vistas a implementação de estratégias efetivas de redução. A RAMI ressalta a importância dos especialistas na retaguarda da assistência a mulher e a criança. No entanto, é relevante frisar que a atenção especializada

deve ser ofertada como apoio qualificado e não como substituto de quaisquer profissional que assiste o binômio, a atuação dos especialistas desse obedecer aos critérios contemplados na Rede Cegonha, tais como a regionalização e as necessidades locorregionais.

A Rede Cegonha pautou suas ações na atuação das equipes multidisciplinares fundamentadas nos princípios de equidade, universalidade e integralidade baseado nas premissas de uma assistência humanizada são indissociáveis da prática do cuidado e da garantia do direito das mulheres ao planejamento reprodutivo, à assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, e das crianças a um nascimento seguro e desenvolvimento saudável.

4 CONCLUSÃO

Ao longo de décadas, o Ministério da Saúde vem empenhando esforços com políticas públicas e propostas para promover a humanização na atenção a mulher com o intuito de reduzir a mortalidade materna e neonatal. A Rede Cegonha desde sua implantação propõe a consolidação de um novo modelo de atenção humanizada, desde o pré-natal, parto e puerpério ao nascimento seguro. Fomenta a promoção de espaços dialógicos (Fóruns da RC) que permitam que todos os atores envolvidos no processo de cuidado e gestão dos serviços possam discutir estratégias de qualificação a partir da necessidade locorregionais, e de acordo com o cotidiano de trabalho das equipes que assistem o binômio mãe e bebê.

Nos tempos atuais, o Governo Federal, no uso das suas atribuições, no âmbito do MS publicou a RAMI, normativa desalinhada com a realidade e necessidade dos territórios, centrada na atuação do médico, com proibições de novas habilitações de Centros de Parto Natural, exclusão das enfermeiras obstetras, para um cuidado humanizado, qualificado e pautado no fortalecimento das ações em prol do acesso aos serviços e da garantia dos direitos da mulher, bem como do nascimento seguro da criança.

Urge a necessidade de uma discussão e revisão técnica sobre a RAMI nas instâncias colegiadas, sobretudo, no âmbito tripartite, na comissão Intergestora Tripartite – CIT para uma pactuação que seja de acordo com a necessidade da população das regiões de saúde, buscando a qualificação da rede de atenção à saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS

Associação brasileira de enfermagem. Nota: solicitação de revogação da portaria do ministério da saúde nº 715/2022. Brasília, 08 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/nota_contra_port75-2022.pdf>. Acesso em: 09 de abril 2022.

Alves. H. Desmonte da rede cegonha é visto como “risco a saúde pública”. [entrevista concedida a rádio **brasil de fato – saúde da mulher**] leonardo couto; thayná schuquel. 14 de abril de 2022. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2022/04/14/desmonte-da-rede-cegonha-e-visto-como-risco-de-saude-publica>>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (sus), a rede cegonha. **Diário oficial [da] república federativa do brasil**, Brasília, df, 27 jun. 2011, seção 1, p. 109.

Brasil. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (sus), o programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Diário oficial [da] república federativa do brasil**, Brasília, df, 8 jun. 2000, seção 1, p. 4, 5 e 6.

Brasil. Portaria nº 715, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde (sus), a rede de atenção materna e infantil - rami. **Diário oficial [da] república federativa do brasil**, Brasília, df, 06 abril 2022, seção 1, p. 591.

Brasil. Ministério da saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, df, 2004. 82 p.

Brasil. Ministério da saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Centro de documentação do ministério da saúde, Brasília, df, 1984. 27p.

Brasil. Ministério da saúde. Secretária de vigilância em saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v. 52 n.37, out. 2021. Disponível em: <[boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf)>. Acesso em: 30 abril 2022.

Brasil. Ministério da saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília, df, 2012. 302 p.

Brasil. Secretária de atenção primária à saúde – notícias. Com a estratégia R\$ 1,5 bilhão será destinado para a saúde da mulher e da criança. [entrevista concedida a ascom - ms] leonardo couto; ascom. 23 de fev. De 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/15977>>. Acesso em: 28 de mai. De 2022.

Carvalho, I. P. **Pnaism e rede cegonha: os programas federais de saúde para as mulheres e as interações socioestatais nos anos 2000**. Texto para apresentação no VIII congresso latinoamericano de ciência política da Alacip. Disponível em: <<http://files.pucp.edu.pe/sistema-ponencias/wp-content/uploads/2014/12/alacip-mulher-ou-cegonha-layla-carvalho1.pdf>>. Acesso em: 09 de abril de 2022.

Conselho federal de enfermagem. **Nota oficial contra o desmonte da rede cegonha**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-redecegonha_97611.html>. Acesso em: 09 abril 2022.

Conasems/conass. Nota conjunta conasems/conass. **Rede de atenção materno-infantil**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>>. Acesso em: 09 abril 2022.

Oliveira, e. M. Celento, d. D. A temática da rede cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de saúde**, v. 7, m. 1, p. 33-38, 2016.

Morais a.v.f. *et al.* A importância da ambiência no serviço de assistência ao parto: um estudo reflexivo. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 11304-11315 jul./ag. 2020

Rezende, p.s. **a atenção à saúde das mulheres: integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de psf em Salvador** [dissertação]. Salvador: ufba, 2011.

Ribeiro I. D; *et al.* Análise situacional da rede cegonha com ênfase no nível terciário na macrorregião centro-norte . **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 6, p.17941-17951. Nov./dez. 2020.

Silva. C.v. pinho. J. R. **Redes de atenção à saúde: a rede cegonha**/consuelo penha castro marques (org.). - são Luís, una-sus/ufma, 2015.

Sandall, j. *Et al.* Modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetras versus outros modelos de assistência obstétrica. **Cochrane database of systematic reviews**. 2016. Disponível em : <midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women - sandall, j - 2016 | cochrane library >. Acesso em 26 de maio de 2022.