

## ANÁLISE DAS AÇÕES DA REDE CEGONHA NO CENÁRIO BRASILEIRO

Helóisa Silva Guerra\*  
André Bubna Hirayama\*\*  
Alline Karolyne Cândida da Silva\*\*  
Bruno de Jesus Silva Oliveira\*\*\*  
Jaqueline Francisca de Jesus Oliveira\*\*\*

**RESUMO:** A Rede Cegonha (RC), lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), é uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde, com objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no Brasil. Os objetivos deste estudo são analisar as ações de saúde materna e infantil implementadas no Brasil após a publicação da portaria 1.459 de 2011, que institui a RC, e identificar possíveis avanços decorrentes desta. Estudo descritivo de revisão da literatura especializada, por meio de busca on line entre abril e julho de 2015, nas bases Medline, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e Periódicos Capes e em documentos oficiais produzidos pelo MS. As publicações deveriam atender aos critérios de terem sido publicadas em português, no período compreendido entre 2011 e 2015. Foram encontrados oito artigos e dez documentos do MS relacionados ao tema. Na revisão, foram identificadas ações implementadas pela Rede Cegonha, que tem como bases organizacionais regionalização e integralidade. Uma das ações implantadas em todas as Unidades Básicas de Saúde é o Teste Rápido de Gravidez, criado para detecção precoce da gestação, com acolhimento da equipe de Atenção Básica e orientações baseadas nas necessidades de cada usuária. A RC ampliou o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) em extensão territorial. No quadro atual de atenção obstétrica, é imprescindível que a gestante seja informada sobre seus direitos. A RC mostrou avanço na proteção integral aos processos de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, mas, por envolver políticas de educação em saúde, seus efeitos serão mais tocantes apenas em longo prazo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Programas Governamentais; Saúde Materno–infantil; Avaliação em Saúde

## ANALYSIS OF THE ‘REDE CEGONHA’ ACTIVITIES IN BRAZIL

**ABSTRACT:** The ‘Rede Cegonha’ (RC) launched in 2011 by the Brazilian Health Ministry is a strategy of the Brazilian Health System to reduce maternal morbo–mortality in Brazil. Current study analyzes maternal and infant health activities implemented in Brazil after the publication of the 2011 Law 1459 establishing RC and identifies possible progress. Review of the on–line literature occurred between April and July 2015 at databases Medline, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico, Periódicos Capes and in official documents published by the Health Department. Publications used were those in Portuguese between 2011 and 2015. Eight articles and ten MH documents were related to the theme. Review comprised activities implemented by the RC based on regionalization and integrality. The Fast Pregnancy Test, for early detection of pregnancy, was one of the activities implanted in all Basic Health Units. It was coupled to the Basic Attention team and based on the necessities of each patient. RC spread the Maternity Qualification Plan (MQP) throughout the country. Within the context of current obstetric care, the pregnant woman must be informed of her rights. RC revealed progress in integral protection within the pregnancy process, childbirth, birth, puerperium and the start of life. Since it comprises health education policies, its effects will be observed in the long term.

**KEYWORDS:** Government Policies; Mother–Infant Health; Health Assessment.

\* Fisioterapeuta; Mestre em Saúde Coletiva, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de Goiânia, Brasil; E–mail: [heloisasguerra@gmail.com](mailto:heloisasguerra@gmail.com)

\*\* Discentes de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil.

\*\*\* Discentes de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha (RC), lançada em 2011 pelo governo federal, é uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna, exemplo de transgressão aos direitos humanos, no Brasil. Por meio desse programa público de saúde, a mulher tem assegurado, por meio de uma rede de cuidados, o direito de planejar a reprodução, de receber atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, além de a criança ter o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Na década de 1990, no Brasil, foram registrados 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, segundo a Taxa de Mortalidade Materna (TMM). Após 17 anos, em 2007, a TMM foi de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, demonstrando que, mesmo havendo redução de 52% nesse período, ainda era elevada a taxa de mortalidade materna no país (BRASIL, 2010). Nesse sentido, vem sendo desenvolvido no Brasil, há duas décadas, um modelo de atenção, construído com base na humanização ao parto e nascimento por meio das experiências de profissionais da área, de forma a atingir padrões aceitáveis (BRASIL, 2011; RATTNER, 2009).

De acordo com Fernandes e Vilela (2014), uma atenção adequada durante o pré-natal pode viabilizar diagnóstico e tratamento precoces de uma série de complicações, além de possibilitar que os profissionais realizem estratégias de educação em saúde, visando atingir comportamentos de risco e assim contribuir para redução da mortalidade, tanto materna quanto infantil.

Para que os direitos preconizados à mulher sejam assegurados, a Rede Cegonha destaca como prioridades garantir um pré-natal de qualidade, com acolhimento, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade, segurança na atenção ao parto e nascimento, vinculação da gestante a uma unidade de referência mais próxima, atenção à saúde da criança do nascimento até 24 meses de vida além de acesso a um planejamento familiar adequado. Dessa forma, a

RC é organizada a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte e Regulação (MARANHÃO, 2015).

Embora a Rede Cegonha seja uma proposta do governo federal, é de competência dos Estados e municípios sua execução, apresentando-se como uma possibilidade para se avançar e melhorar a atenção integral à saúde da população em foco, especificamente nas questões relacionadas aos aspectos éticos e legais, em relação à prescrição de métodos anticoncepcionais e ao desenvolvimento de ações educativas que motivem o vínculo dessa população às unidades de saúde e o direito ao parto humanizado (BRASIL, 2011).

Visando melhorar a atenção prestada a mulheres e crianças, a Rede Cegonha procura operacionalizar políticas já criadas, articulando pontos de atenção em uma rede de cuidados integrais. O objetivo é fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta o acesso, acolhimento e resolutividade, colaborando, assim, para a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Os objetivos deste trabalho foram analisar as ações de saúde materna e infantil, implementadas no Brasil após a publicação da portaria 1.459 de 2011 que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS, e identificar possíveis avanços decorrentes desta.

## 2 METODOLOGIA

Estudo descritivo de revisão da literatura especializada, por meio de busca on line das publicações sobre o tema e utilização de dados secundários do Ministério da Saúde (MS), sobre os indicadores e metas (OM – Objetivos do Milênio e Rede Cegonha), por meio dos instrumentos de monitoramento e avaliação do MS (SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade e SINASC – Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos).

A busca foi realizada entre abril e junho de 2015, nas bases Medline, Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e Periódicos Capes e em documentos oficiais, produzidos pelo Ministério da Saúde, utilizando os seguintes descritores: Rede Cegonha, Sistema Único de Saúde, programas governamentais, saúde materno–infantil e avaliação em saúde.

Para serem incluídas no estudo, as publicações deveriam atender aos critérios de terem sido publicadas no idioma português, no período compreendido entre os anos de 2011 e 2015, possuir texto completo disponível on line e tratar da temática de interesse para atingir o objetivo do presente estudo.

Após a busca e leitura de todos os títulos e resumos, foram selecionados aqueles julgados pertinentes ao objetivo do estudo. Foram encontrados oito artigos e dez documentos do MS relacionados ao tema. Na etapa seguinte, foram obtidos os textos completos dos artigos que atendiam aos critérios de inclusão, os quais foram submetidos à exaustiva leitura para apreensão e análise de seu conteúdo. Os resultados são apresentados de forma descritiva.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na literatura revisada foram encontradas ações implementadas pela Rede Cegonha, que tem como bases organizacionais a regionalização e a integralidade, de acordo com os princípios do SUS, que serão descritas a seguir.

O Teste Rápido de Gravidez (TRG) é uma das ações implantadas pela Rede Cegonha em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse teste foi criado com o objetivo de disponibilizar o acesso à detecção precoce da gestação, com acolhimento da equipe de Atenção Básica (AB) e orientações baseadas nas necessidades singulares de cada usuária. Desse modo, as ações da equipe de Atenção Básica em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva foram ampliadas, além de serem excelente oportunidade para abordagem de adolescentes acerca da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

Em 2014 foi produzida a nova Caderneta da Gestante, com os objetivos de facilitar o desenvolvimento e registro das consultas de pré–natal e de otimizar o trabalho no SUS voltado para a grávida. Isso porque os procedimentos e as condutas clínicas do pré–natal precisam ser realizados categoricamente, avaliados em todo atendimento e, com os achados diagnósticos, devem ser sempre registrados para prover um fluxo de informações entre os profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Essa caderneta da gestante é direcionada aos profissionais e usuárias do SUS e contém as diretrizes de boas condutas com base em evidências da ciência na atenção ao pré–natal, parto e nascimento. Há incluso um cartão de acompanhamento do pré–natal para registro das consultas clínicas e odontológicas, dos resultados de exames e das vacinas. Além de ser um instrumento de auxílio no diálogo com a gestante, por meio de figuras e textos explicativos, e nas ações educativas em saúde (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha ampliou o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), no que se refere à extensão territorial. Isso porque, além de prestar assistência na maternidade com equipes de saúde, busca trabalhar num objetivo de produzir redes de atenção materno–infantil. Assim, a RC agrega, às diretrizes de humanização do PQM, o acolhimento em rede, a intervenção pelos direitos reprodutivos e sexuais e a inserção de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante e Bebê (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

Segundo Giovanni (2013), a RC propôs a elaboração e validação de diretrizes clínicas, estruturadas em linhas–guia (guidelines) e protocolos clínicos, assim como ações de estímulo a mudanças de comportamento dos profissionais de saúde por meio de educação permanente e também a programação, monitoramento e avaliação da condição de saúde segundo estratos de risco.

Para Ceccim e Cavalcanti (2011), a RC está auxiliando o Brasil a enfrentar problemas relacionados a leitos hospitalares, assistência médica e hospitalar precária, altos índices de mortalidade materno–infantil

e uma das mais altas taxas de cesáreas do mundo – na casa de quase 80% na rede privada e 30% na rede pública, números bastante distantes do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que, desde 1985, recomenda o teto de 15% de partos cirúrgicos ao ano. De acordo com esses autores, a maternidade, a partir da implantação da RC, estaria deixando de ser estatística para se tornar direito e reconhecimento de cidadania.

Percebeu-se que a proposta da RC, por ser universalizante, é indicada para a rede de proteção pública, voltada para a assistência materno-infantil, independente de valores, crenças e hábitos. Nota-se que foi importante tematizar e valorizar o reconhecimento da diferença dentro da categoria mulher. Critica-se a ideia de a saúde da mulher estar voltada somente para mulher branca, heterossexual, letrada e de classe média. Essa política de saúde também objetiva, desse modo, reconhecer a pluralidade entre as mulheres, prestando serviços a todas, inclusive lésbicas, negras, camponesas e indígenas. Busca-se oferecer cuidados à saúde de mulheres, independente da raça, etnia, classe social, orientação religiosa, orientação sexual, do estilo de vida e de crenças de quaisquer matrizes (CARNEIRO, 2013).

Outra ação relevante, que tem sido implantada com a RC, seria a ruptura de uma moral preconceituosa que envolve a gravidez. Essa nova política de saúde busca que a mulher grávida não tenha que sujeitar seu corpo a fazeres e saberes biomédicos, respeitando sempre o princípio da autonomia da gestante, com foco, portanto, na abordagem humanizada, interdisciplinar e direcionada à família (RATTNER, 2014; VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

Além do que se tenta desnaturalizar algumas concepções, hierarquizações de gênero e raça/cor que acompanham a atenção materna, com ênfase no maior cuidado prestado às mulheres grávidas negras, que são as que mais morrem no Brasil; e rompimento do conceito enviesado de que a mulher que receberá atenção em saúde tenha que fazer parte da tríade mulher-heterossexual-mãe. Objetiva-se também, com a RC, preparar os profissionais de saúde para

atenderem humanamente a mulheres em situações de abortamento, gestantes adolescentes e para a não violência institucional contra mulheres grávidas (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

A RC pauta-se num modelo que busca resgatar que “dar à luz” não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher, o (a) parceiro (a) envolvido (a) e toda a família (GIOVANNI, 2013).

A proposta da RC inclui avanços na gestão do cuidado, assimilando a Política Nacional de Humanização, que preconiza: acolhimento com classificação de risco, projeto terapêutico singular, plano de expectativa para o parto, trabalho multiprofissional em equipe de maneira transdisciplinar e complementar, atenção humanizada e ações baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2004). Mas, além disso, a proposta busca oferecer rede de atenção à saúde perinatal de forma regionalizada e hierarquizada, com oferecimento de garantia de vaga no sistema de saúde a partir do início do pré-natal (BRASIL, 2011).

Objetiva-se, com a Rede Cegonha, ainda, reduzir a alta prevalência da medicalização do nascimento e do uso de tecnologias sem evidências da ciência, como cesáreas e intervenções sem necessidade no parto. Além de incluir a gestante como personagem principal do processo de gestação e parto, bem como sua adequação psicológica para total dedicação com o bebê, propiciando o desenvolvimento e crescimento saudáveis (BRASIL et al., 2013; CAVALCANTI et al., 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), em 2010, 98% da mortalidade materna anual em todo o mundo se concentrava em 75 países, sendo o Brasil um deles. Em relação aos óbitos infantis, o Brasil tinha 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas vivas. Desagregando os dados, temos as taxas de mortalidade neonatal de 9,68 e de pós-neonatal de 4,25. Os números de óbitos infantis notificados foram de 39.870.

Desse modo, o modelo proposto pela RC possui caráter acolhedor e resolutivo, com o objetivo de

reduzir a mortalidade de gestantes, crianças e recém-nascidos de maneira eficiente. Sabe-se que a inserção desse programa na Atenção Básica possibilitou o fortalecimento do vínculo com as usuárias e melhorou a qualidade de assistência no pré-natal, com foco na realização da educação em saúde da gestante (BRASIL et al., 2013).

Assim, analisando-se os dados quantitativos dos indicadores prioritários da RC, foi possível identificar que a redução da mortalidade infantil no Brasil alcançou, em 2012, três anos antes da data estipulada, os índices de redução definidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (IPEA, 2013). Segundo o Ministério da Saúde, somente nos últimos três anos, a queda da taxa de mortalidade na infância foi de 9%, caindo de 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas viva em 2010 para 16,9 em 2012 (BRASIL, 2013).

Observou-se também na revisão literária a necessidade da participação ativa da Vigilância Sanitária (VISA) na implantação da Rede Cegonha uma vez que as funções da VISA – prevenção de riscos, promoção da saúde e avaliação da qualidade do serviço prestado – são importantes para o sucesso almejado pela RC (FERNANDES; VILELA, 2014).

Em um estudo dos procedimentos que são previstos pela RC numa microrregião do Espírito Santo, por meio da observação do cartão da gestante e do prontuário do recém-nascido, mostrou-se que as categorias que apresentaram as menores taxas foram os testes rápidos e os exames de repetição, as atividades educativas e da imunização antitetânica. Além de apresentar baixa adequação para gravidez de risco habitual e atendimento pré-natal de alto risco. Nessa região, a assistência pré-natal, prevista pela RC, revelou-se inadequada, principalmente para as gestantes de menor renda e residentes na zona rural (MARTINELLI et al., 2014).

No SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), é possível consultar sobre mortalidade materna e alguns aspectos relacionados. No momento em que foi realizada a consulta para o presente estudo, em setembro de 2015, os dados adicionados

limitavam-se ao mês de julho do mesmo ano, mas ainda estavam desatualizados. Dessa forma, optou-se por não os utilizar na análise.

Analisando-se a mortalidade entre 2011, ano de implantação da Rede Cegonha, e 2014, último ano com os dados corretamente atualizados, percebe-se que algumas taxas permaneceram constantes. Esse comportamento pode acontecer pela prematuridade do programa, que se baseia muito em ações educativas, o que requer um período de tempo maior para tornarem-se efetivas; ou pelo espaço de tempo analisado ter sido curto para implantá-lo, principalmente quando se considera o interior do país.

Notou-se que, mesmo que a região Nordeste tenha um valor de mortalidade de mulher em idade fértil (MMIF) bem menor que o da região Sudeste durante todo o período analisado (17.381 no nordeste e 27.252 no sudeste, ambos em 2014), provavelmente em função de a população ser muito maior na região Sudeste, o que resulta em valores de mortalidade maiores, os seus valores de notificação de óbito materno permaneceram bem próximos, ultrapassando o sudeste em 2011, 2012 e 2013. Em 2014, os valores são de 509 no nordeste e 540 no sudeste, ou seja, ainda próximos.

A região Norte, que demonstrou os menores valores de MMIF, tem valores elevados de mortalidade materna, ocupando a terceira posição. Nas mortes causadas por hipertensão, nota-se uma diminuição geral dos números, com exceção do ano de 2013, em que houve elevação no nordeste, sudeste e centro-oeste. Tal elevação em 2013 e consequente queda em 2014 também ocorreram com as mortes maternas por hemorragia, destacando-se ainda que o nordeste conseguiu chegar a valores mais baixos que o sudeste.

As mortes por infecção puerperal e aborto tiveram diminuições consideráveis. Já as mortes por doenças do aparelho circulatório tiveram um aumento, principalmente pela região Nordeste, provavelmente, pela melhora do diagnóstico. Na avaliação geral do Brasil, as mortes relacionadas à AIDS tiveram queda considerável (de 44 em 2011 para 30 em 2014). As mortes por causas obstétricas não especificadas

tiveram importante queda, principalmente nas regiões Sul e Centro–Oeste, onde chegaram a um e zero, respectivamente.

Ao se cruzar dados do SIM com o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), cujos dados mais recentes são de 2013, o número de nascidos vivos nesse ano é de 2.904.027 crianças, com mortalidade materna direta e indireta de 1.686 mulheres, o que resulta em uma taxa de 58 mortes a cada 100.000 nascidos vivos.

Se considerarmos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), nos quais, dentro do quinto objetivo, havia a meta de reduzir a mortalidade materna em  $\frac{3}{4}$  até 2015; e a mortalidade materna em 1990, ano em que foi feito o compromisso, que era de 140 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, a meta seria de 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Sendo assim, o objetivo dificilmente seria cumprido, mas reconhece-se o grande avanço que se obteve até aqui.

Reiteramos que é importante considerar a possibilidade de deficiências diagnósticas e de registro de informações da época, em que, provavelmente, a mortalidade era maior que a calculada.

#### 4 CONCLUSÃO

As práticas instituídas com a Rede Cegonha são importantes para se reduzir a mortalidade materna e a infantil, já que se preocupam em articular os pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Desse modo, torna-se necessário que as diretrizes da Rede Cegonha sejam cumpridas, uma vez que nela está a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré–natal, pois oferecer assistência pré–natal adequada, com a detecção e intervenção precoce das situações de risco, é fundamental para se melhorar os indicadores de saúde relacionados à mulher e ao bebê.

No quadro atual de atenção obstétrica, com elevadas taxas de cesariana e práticas inadequadas na assistência ao parto normal, é imprescindível que a mulher gestante seja informada sobre seus direitos

(acompanhante de sua escolha, vinculação ao local do parto, acesso a boas práticas de cuidado no parto e nascimento), o que possibilita o fortalecimento da sua autonomia, protagonismo e confiança nos processos naturais da gestação, parto e amamentação.

A realização do pré–natal, desse modo, torna-se extremamente importante, pois procura assegurar que a gestação tenha um bom desenvolvimento, o que permitirá um parto de um bebê saudável, sem causar impacto para a saúde da mãe.

A Rede Cegonha, portanto, mostrou avanço na proteção integral ao processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, em termos da gestão do cuidado e do sistema. Além do que essa política nacional de atenção integral à saúde tenta organizar os serviços e as equipes de saúde que respeitem os direitos reprodutivos, partindo sempre do protagonismo da mulher, do recém–nascido e dos familiares.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL, M. L. et al. **Contribuições da Rede Cegonha para o Acompanhamento do Pré–natal por Enfermeiras da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l45350.E11.T8629.D7AP.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Mortalidade, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 12 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Nascidos Vivos 2012**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/>>

cnv/nvuf.def>. Acesso em 12 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo Informe Sobre a Caderneta da Gestante**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/18382-novo-informe-sobre-a-caderneta-da-gestante>>. Acesso em: 24 ago. 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Procuradoria da Mulher do Senado Debate Humanização do Atendimento à Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/17651-procuradoria-da-mulher-do-senado-debate-humanizacao-do-atendimento-a-gestante>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Integral da Mulher**. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, Parto e Nascimento com Saúde, Qualidade de Vida e Bem Estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica: Guia Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/13/anencefaliaVALE-ESTE.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRITTO, L. F. Orientação e incentivo ao aleitamento materno na assistência pré-natal e puerperal: uma revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 66–80, jan./mar. 2013.

CARNEIRO, R. G. I. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, v.17, n. 44, p. 49–59, 2013.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, 2013.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4457–4466, 2014.

GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, 2013. p. 72.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2013.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 56–64, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resolução 65ª**. Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Genebra, Suíça, 2012.

RATTNER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103–108, jun. 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, p. 759–768, 2009.

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINS, C. P.; MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do plano de qualificação das maternidades: oferta da política nacional de humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface (Botucatu)**, v. 18, suppl. 1, p. 997–1011, 2014.

*Recebido em: 26 de fevereiro de 2016*  
*Aceito em: 13 de abril de 2016*