



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

KARLLA DIANNELLY GOBIRA DE SOUZA RODRIGUES

CEGONHA EM AÇÃO

SÃO PAULO  
2020

KARLLA DIANNELLY GOBIRA DE SOUZA RODRIGUES

CEGONHA EM AÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: VALERIA MASTRANGE PUGIN

SÃO PAULO  
2020

## Resumo

No Brasil, sobretudo a partir do ano 2000, se intensificam ações com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Para seu alcance, contou-se com o Programa de Humanização do Parto e Nascimento e, posteriormente, com a Rede Cegonha, em 2011. Essa estratégia representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. Sua operacionalização requer qualificação técnica das equipes da atenção básica e das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação da oferta de serviço e do número de profissionais. Tendo em vista o modelo de atenção que organiza serviços e práticas, esses vêm se dando em meio a problemas de infraestrutura, formação profissional tecnicista e de relações de poder em vários segmentos, o que tem contribuído para tensionar a atenção, constituindo-se em obstáculo à sua implementação, visando garantir o atendimento qualificado a gestantes e crianças com até dois anos de idade. A Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as morbimortalidades materna e infantil permanecem elevadas, com prevalência da medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas e que não consideram a gestante como protagonista do processo de gestação e parto. A Rede Cegonha, proposta pelo Governo Federal, é uma estratégia que visa enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que mudem esse cenário existente no Brasil. As ações dessa estratégia vão além do repasse de recursos atrelado ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos: elas buscam a melhoria da atenção destinada a sua população-alvo. Essa iniciativa convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da "cena", como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente. Nos documentos analisados, fica evidente que há o entendimento por parte dos formuladores da Rede Cegonha de que a mulher deve estar no centro no processo, implicada e vivendo a experiência da gravidez, do parto e da maternidade com segurança. Apesar disso, a Rede Cegonha não definiu ações de planejamento familiar considerando as mulheres e seus parceiros/parceiras que não desejam ter filhos; porém, os direitos reprodutivos contemplam os de querer ou não ter filhos. As mulheres deixam de ser sujeitos principais no evento reprodutivo, de estar no centro do processo. Só depois de engravidar isso deverá ser considerado pela Rede Cegonha. Outra questão fundamental para debate acerca da rede é a perspectiva de que os "pontos de atenção" necessários ao cuidado materno-infantil devem estar conectados e funcionar em rede, minimizando, assim, a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que busca garantir a integralidade da assistência.

**Palavra-chave**

Recém-Nascido. Lactente. Gestantes. Contracepção. Criança. Pré-Natal. Gravidez não Planejada. Parto. Planejamento Familiar. Puerpério. Saúde da Mulher.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

- ♦ Há pré natal realizado em âmbito particular onde há intercorrências;
- ♦ - Onde se deselvoe discussões em reunião de equipe pra traçar estratégias de introduzir essa gestante a unidade, como ex., varal solidário de roupas doadas para seus recém nascidos.
- ♦ Há problemas de faltas em consultas de pré natal .
- ♦ - Onde se realiza busca ativa dessas gestantes faltosas.
- ♦ Pré natal acompanhado por alto risco;
- ♦ - Onde temos que buscar a contra referência e incentivá-las a não perder o vínculo com a unidade, oferecendo uma atenção individual.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Em 1990, a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) no Brasil atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Após mais de uma década e meia de esforços, em 2007, o indicador apresentou uma taxa de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Embora essa taxa tenha sofrido uma redução de 52% nesse período, o número de mortes maternas no Brasil permanece elevado (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, há mais de duas décadas discute-se o modelo de atenção ao parto no Brasil com o objetivo de atingir padrões aceitáveis, aproximando-se das taxas alcançadas em outros países. No Brasil, esse modelo vem sendo construído com base na experiência dos profissionais que trabalham nesse campo e nas iniciativas da humanização de atenção ao parto e ao nascimento em instituições de saúde que se tornaram referência no país (BRASIL, 2011g; RATTNER, 2009).

Sobretudo a partir do ano 2000, se intensificaram ações com o intuito de melhorar os indicadores de saúde e orientar o fluxo de atendimento às mulheres na atenção ao parto, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Esse tem como objetivo reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por meio de medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2014).

A partir de 2000, esse modelo começou a ser sistematizado em marcos normativos e manuais técnicos do Ministério da Saúde (MS) para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011g). Apesar de se observarem avanços que se refletem nos resultados obtidos na saúde da mulher e da criança, esse processo tem-se dado de forma muito lenta (BRASIL, 2009)

Com foco nesse objetivo, o Brasil assumiu o compromisso internacional para cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) propostos pela ONU em 2000, de atingir valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2010).

Apesar dessas iniciativas e das melhorias na atenção básica e hospitalar às gestantes, a redução da mortalidade materna não vem apresentando avanços relevantes, considerando que hipertensão arterial, infecções puerperais e hemorragias continuam sendo as principais causas de morte, evitáveis por meio de assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto (REIS, 2012).

Atualmente, organismos de saúde internacionais e nacionais preconizam um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que proporcione às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2011g; 2001; DINIZ, 2005). Nesse modelo, são centrais a garantia do acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como "atores principais" nessa cena, e não "espectadores" (DINIZ, 2005).

O MS alerta que, principalmente a partir de 2001, houve diminuição da velocidade de queda no indicador de mortalidade materna. Assim, são necessários maiores esforços para atingir valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2015, meta determinada no quinto Objetivo do Milênio (ODM) (BRASIL, 2010).

Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 60% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, foram 57,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos; em 2008, esse número diminuiu para 19 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Os resultados apontam que o Brasil conseguirá cumprir o quarto Objetivo do Milênio até 2015: redução em dois terços da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) (BRASIL, 2010). Entretanto, a redução das mortes ocorreu principalmente no componente pós-neonatal, fazendo com que a mortalidade neonatal seja o principal componente da mortalidade infantil.

Vale ressaltar que, mesmo com os avanços observados em todo o país, as regiões Nordeste e Norte ainda concentram Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) muito elevadas, contribuindo de maneira importante para a menor velocidade de redução do indicador (BRASIL, 2010).

Desde o surgimento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004b), diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas a esses segmentos populacionais de forma mais sistemática no SUS, como parte dos esforços intergovernamentais para redução dos indicadores materno e infantil (BRASIL, 2011g).

A partir do entendimento de que as morbimortalidades materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o país. Alguns fatores têm dificultado a melhoria desses indicadores, tais como: o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a organização dos serviços (incluindo a gestão do trabalho das equipes de saúde); e, ainda, a produção do cuidado, que tende a "medicalizar" e "intervir" desnecessariamente nos processos de gestação, parto e nascimento (BRASIL, 2011g).

Considerando o exposto, a saúde materno-infantil vem despontando como uma área governamental com capacidade de mobilização de recursos institucionais. Em 2011, o MS lançou a *Rede Cegonha* (RC), normatizada pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011e).

No mesmo ano, a Portaria nº 1.473 do MS instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (BRASIL, 2011f).

A RC está inserida na discussão de Rede de Atenção em Saúde (RAS). O objetivo da RAS é promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (BRASIL, 2011g).

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a RC parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e um uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e

intervenções desnecessárias no parto) (BRASIL, 2011g).

Tesser (2006) define a medicalização como "um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da Biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos".

Esse fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, somado ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, é definido por Diniz (2009) como paradoxo perinatal brasileiro. Isso aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças, a partir de evidências científicas concretas.

O fato de que o consumo de procedimentos não impacta, necessariamente, nos níveis de saúde é reforçado pela questão de que o acesso ao pré-natal é praticamente universal no país, sem, no entanto, apresentar qualidade satisfatória (BRASIL, 2011g).

O modelo de atenção ao pré-natal tem incorporado crescentes custos gerados pela inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos); porém, a contrapartida dos resultados não tem sido suficiente (OLIVEIRA NETO, 2009).

Segundo o MS (2010), em 2007, o pré-natal alcançou 89% de cobertura, e a captação precoce das gestantes foi de 83,6% (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre). No entanto, as mortes causadas por síndromes hipertensivas e por causas perinatais e a incidência de sífilis congênita evidenciam a necessidade de qualificar o pré-natal. Essas ocorrências permitem refletir que o pré-natal tem se transformado, em grande medida, num ato burocrático. Outra questão importante é que o Brasil continua com elevado número de partos cirúrgicos (cesáreas) em relação aos outros países. Os percentuais revelam que as cesáreas aumentaram de 40%, em 1996, para 46,5% em 2007.

O marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização da RC resultam de esforços importantes e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil no SUS - como as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil (e o Programa de Qualificação das Maternidades) - e de consistentes experiências municipais e estaduais (BRASIL, 2011g).

A RC prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento parto (BRASIL, 2011g; 2011e).

As ações estão inseridas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011g; 2011e).

No processo de mobilização para a RC constam tarefas importantes e desafiadoras para os gestores: fomentar a gestão participativa e democrática; promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para formulação, implementação e



monitoramento da RC, culminando com a construção do Modelo Lógico (ML) para avaliação dos resultados alcançados com a implantação da estratégia (BRASIL, 2011f).

O ML é uma ferramenta bastante útil, que permite de maneira visual e sistemática apresentar as relações entre recursos necessários, intervenções (atividades planejadas) e efeitos esperados (produtos, resultados e impactos) que se pretende alcançar com o programa (BEZERRA, CAZARIN e ALVES, 2010).

De acordo com Hartz (1999), o ML busca explicitar a teoria de um programa. Esse instrumento descreve, de forma resumida, o desenho do funcionamento do programa e seus principais componentes, permitindo verificar se este está estruturado para alcançar o desempenho esperado. O ML é uma representação visual e sistemática do programa, que apresenta em forma de figura (tabela, fluxograma) a sequência de passos e relações que conduzem aos efeitos esperados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; HARTZ; SILVA, 2005; W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2001).

Alguns autores (HARTZ; SILVA, 2005; ROWAN, 2000) apontam a existência de vários formatos de ML, não havendo uma forma certa, errada ou única para sua construção. Segundo Fundação Kellogg (2001), a escolha deve ser realizada de acordo com a forma que melhor se encaixa no programa em razão da informação/mensagem que se precisa passar.

É possível identificar diversas vantagens na utilização do ML: (i) Possibilitar a comunicação do propósito fundamental do programa, evidenciando seus produtos e efeitos esperados (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2007); (ii) Ilustrar a consistência lógica interna do programa, contribuindo para identificar lacunas e efeitos não realísticos (CASSIOLATO; GUERESI, 2010); (iii) Envolver os atores e promover o diálogo sobre o programa entre os envolvidos (financiadores, executores, representantes dos usuários, etc., inclusive avaliadores) (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010); (iv) Contribuir para o monitoramento do progresso do programa ao fornecer um plano claro de acompanhamento, de forma que os sucessos possam ser reproduzidos e os problemas evitados; (v) Direcionar as atividades de avaliação do programa ao identificar questões avaliativas apropriadas e dados relevantes (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; HARTZ, 1999; HARTZ; SILVA, 2005; CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Soma-se a essas iniciativas oficiais a criação, em 2011, da Rede Cegonha, com a finalidade de evitar a peregrinação das mulheres grávidas na rede pública. Constitui importante estratégia do governo federal e visa a promover ações para redução da morbimortalidade materna e infantil, a partir da integração em rede dos serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, extensivo à criança, com garantia do direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Essa estratégia representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. Sua operacionalização requer qualificação técnica das equipes da atenção básica e das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação da oferta de serviço e do número de profissionais (BRASIL, 2014).

As ações dessa estratégia buscam a melhoria da atenção destinada ao seu público-alvo, além dos repasses de recursos atrelados ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos, com vistas a alcançar a integralidade da atenção que venha a minimizar a fragmentação da assistência, o desperdício de recurso e a ineficiência da atenção (CAVALCANTE, 2012).

Em sua proposta, a Rede Cegonha estimula o parto fisiológico e as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, bem como o parto realizado em Casa de Parto por enfermeira obstétrica. Para o cuidado peri-hospitalar propõe a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, com o objetivo de proporcionar o cuidado a gestantes, puérperas e recém-nascidos(as) de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas que se encontram fora do ambiente hospitalar. Estão incluídas nesse cuidado mães de recém-nascidos(as) que estão internados(as) na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde (BRASIL, 2014).

Ademais, a Rede Cegonha tem como diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Para isso, o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 21) reconhece que, para a operacionalização dessa estratégia faz necessária a conjunção de esforços direcionados a:

Assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com detecção e intervenção precoce nas situações de risco; sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação, com garantia de vagas para gestantes e bebês; regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade); qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR).

Mesmo com objetivos claros de inquestionável valor, seu alcance não será de fácil consecução, pois o sistema de saúde brasileiro ainda não conseguiu se reorganizar, de modo a ser capaz de garantir a vinculação da gestante à rede. Essa dificuldade contribui para que a gestante continue a peregrinar para obter assistência hospitalar ao parto, percorrendo um caminho de dúvidas e incertezas no percurso do parto. Cerca de 70% das buscas por maternidade são de mulheres que já tiveram a vaga obstétrica negada, não se cumprindo a Lei nº 11.634/2007 que delega ao SUS a responsabilidade da vinculação desde o pré-natal até a maternidade (BARRETO, 2013).

Entre os desafios para efetivação da Rede Cegonha está também a reestruturação física das maternidades que ainda não garantem leito por ocasião do trabalho de parto e do parto, nem ambiência que respeite a autonomia e o protagonismo da mulher no processo parturitivo. A falta de garantia de acesso e, sobretudo, de acompanhamento na gestação e no parto deixa dúvida sobre a efetividade das políticas públicas.

Martinelli e colaboradores(as) (2014) ratificam que as ações de saúde não foram instituídas de maneira satisfatória na maioria dos serviços, ressaltando-se a atenção à saúde

das mulheres gestantes, em diversos lugares do Brasil.

Domingues (2012) complementa esse achado destacando, além da baixa cobertura de consultas no pré-natal, a ineficiência da oferta de exames laboratoriais, vacinação e orientação sobre o parto e a amamentação. Esses indicadores ratificam as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, a qualidade das consultas e o acesso aos serviços de saúde de modo insatisfatório, o que aponta a necessidade de revisão e ajustes dos fatores que contribuem para esses resultados desfavoráveis. Por outro lado, o modelo biomédico, cada vez mais seduzido pela tecnologia, tem sido incapaz de proporcionar às(aos) profissionais atributos necessários para o cuidado à gestação e ao parto.

A relação hierárquica entre a equipe de profissionais e as gestantes ainda predomina, sendo as gestantes comumente tratadas como objeto de intervenção profissional e sem liberdade para a tomada de decisões, de modo que o protagonismo da mulher e sua autonomia no momento do parto ficam comprometidos (AGUIAR, D´OLIVEIRA; 2010).

Importante destacar que, de acordo com as leis orgânicas do SUS, a integralidade do cuidado constitui um direito humano à saúde que deixa em evidência a relação entre política e direito na saúde. Nessa perspectiva, a efetivação do cumprimento dos princípios do SUS, na confiança do direito e coexistências das ações, assegura o acesso à saúde e afirma a dignidade humana e cidadania. Portanto repensar o cuidado implica na construção de práticas eficazes embasadas nos princípios da integralidade que conduza à formulação de novos paradigmas para a saúde (PINHEIRO, 2011).

## **AÇÕES**

### **Ações do Grupo Gestantes:**

- ♦ Esclarecer a importância da realização do pré natal;
- ♦ - Ingressa em uma roda de conversa pontual com médica, enfermeira, agentes de saúde para abordagem direta dos benefícios do pré natal.
- ♦ Promover orientações sobre exames, ultrassonografias, medicamentos durante esse período gestacional.
- ♦ - Norteamento a cada gestante nas palestras conduzidas com linguagem simples e eficaz sobre exames específicos do período gestacional.
- ♦ Orientações da importância da equipe multidisciplinar com elas;
- ♦ - Apresentação direta da equipe do NASF, abordando individualmente a necessidade de cada gestante em um contexto de ser um humano por completo.
- ♦ Palestras da importância da amamentação exclusiva;
- ♦ - Fazendo presente a equipe da enfermagem do banco de leite para orientações da pega, do valor nutricional da amamentação exclusiva.
- ♦ Cuidados no puerpério;
- ♦ - Realizando a retirada de pontos, avaliação do estado geral.
- ♦ Primeiros cuidados com RN ;
- ♦ - Realizando orientações no cuidado de higienização do coto do cordão umbilical, cólicas , banhos, outros.
- ♦ Orientações ao cuidado continuado com a criança;
- ♦ - Palestras de adequado crescimento e desenvolvimento motor e sensorial do menor.
- ♦ Orientações sobre planejamento familiar;
- ♦ - Buscando esclarecer sobre métodos anticoncepcionais, seja oral, intramuscular ou intrauterino.
- ♦ Outros.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- ♦ Menor índice de sífilis neonatal;
- ♦ Menor índice de morte fetal;
- ♦ Menor índice de morte neonatal evitável;
- ♦ Maior adesão a amamentação exclusiva;
- ♦ Melhor crescimento e desenvolvimento dessas crianças;
- ♦ Outros.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface*, Botucatu . 2011, v.15, n.36, p. 79-92, 2010

BARRETO, Marta Oliveira. O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região Nordeste. Brasília - DF, 2013. Dissertação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BEZERRA, L. C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES C. K. de A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde= Brasília, DF, 2004.

BRASIL.. Portaria MS/GM nº. 1.067, de 4 de julho de 2005 . Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília,DF, 6 jul. 2005. Seção 1.

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, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011e. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.473*, 24 de junho de 2011. Instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011f.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília, DF, 2014.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. *Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação*. Brasília: 2010.

CAVALCANTI, Paulyne Chrystynne da Silva. O modelo lógico da Rede Cegonha. Recife. 2012. 25 f.: il. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, p.627-37. 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DORSI, Eleonora; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; TORRES, Jacqueline Alves; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHNECK, Camilla A.; LANSKY, Sônia; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; RANCE, Susanna; SANDAL, Jane. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional: Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S140-S153, 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 425-437, mar, 2012.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. *Como elaborar Modelo Lógico de programa: um roteiro básico*. Brasília: 2007.

HARTZ, Z. M.A., SILVA, L.M.V. da. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2005. 275 p.

MARTINELLI, Katrini Guidolini; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. *Rev Bras Ginecol Obstet*. v.36, n2, p.56-64, 2014.

OLIVEIRA NETO, A. V. *O Modelo Tecnoassistencial em Saúde na Cidade do Recife no período de 2001-2008: em busca de seus marcos teóricos*. 2009. 61p. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Recife, 2009

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a configuração no direito.[in] *Usuários redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. 1ª ed. 2011, IMS/UERJ -LAPPIS, Rio de Janeiro.

RATTNER, Daphner. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. *Tempus Actas de Saúde Coletiva Políticas Públicas de Saúde: textos e contextos*, 2014.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. Identificação de eventos adversos relacionados à atenção ao parto. [Tese] Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2012.

TESSER, C. D.  
Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinic. *Interface (Botucatu) online*, v. 10, n. 20, p.1-19. Botucatu, 2006.