

Análise situacional da rede cegonha com ênfase no nível terciário na macrorregião Centro-Norte

Situational analysis of the rede cegonha with emphasis at the tertiary level in the Central-Northern macroregion

DOI:10.34119/bjhrv3n6-199

Recebimento dos originais:03/11/2020

Aceitação para publicação:07/12/2020

Lucas Dias Ribeiro

Médico pelo Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: lucas.ribeirodias06@gmail.com

Lucas Silva Ribeiro

Médico pelo Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: lucas.silvaribeiro.7@hotmail.com

Paulo Evaristo Seabra

Médico pelo Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: seabraevaristo99@hotmail.com

Karinne Ribeiro Dias

Discente de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: karinne.rd@hotmail.com

Ana Marina Silva Lima

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: ana_silva_marina@hotmail.com

Maria Angélica Eloi Franco

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: mafranco21@hotmail.com

Martinely Ribeiro de Souza

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: martinely.rs@gmail.com

Rafael Souto

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Goiás - UFG

Preceptor em Saúde Coletiva do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Instituição: Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária Km. 3,5 – Cidade Universitária – Anápolis – GO – CEP: 75083-515

E-mail: rsouto.775@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Rede Cegonha é uma estratégia político-assistencial nacional para ações materno e infantil, considerando os princípios de equidade, universalidade e integralidade. Contudo, essa estratégia depende da integração da atenção básica e a unidade hospitalar de referência como garantia de uma atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todos as mulheres, de acordo com a singularidade de cada usuária. Dessa forma, observa-se a importância da atenção terciária para a implantação da Rede Cegonha, já que envolve diversos aspectos desta política. **Objetivo:** Analisar situacionalmente a macrorregião Centro-Norte e município de Anápolis, e propor uma intervenção da Rede Cegonha no nível terciário, de acordo com os tópicos: descrição de cada município da região a partir de sua população e da sua distância ao município pólo, quantidade de partos em incidência e ocorrência, quantidade de leitos pediátricos, neonatais, adultos e salas de parto, comparar os resultados com as demandas e identificar o problema vinculado a essa análise situacional. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico retrospectivo, com base na análise situacional de dados fornecidos pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/ Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP), com coleta de dados realizada no período de 31 de maio a 18 de junho de 2019. **Resultados:** Foram constatados ausência de organização e planejamento da rede, número insuficiente de leitos obstétricos, de leitos para Gestação de Alto Risco, de leitos de UTI pediátrica e neonatal, e de leitos pediátricos, ausência de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, ausência de habilitação do banco de leite, além de deficiência de profissionais capacitados para a rede de atenção e falta de capacitação de profissionais para realizar os registros de produção. **Conclusão:** A Rede Cegonha em seu nível terciário ainda necessita de grandes intervenções e melhorias em sua infraestrutura, capacitação e sistematização, para que possa suprir efetivamente as demandas da região analisada.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil, Sistema Único de Saúde, Atenção Terciária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Rede Cegonha is a national political-assistance strategy for maternal and child actions, considering the principles of equity, universality and integrality. However, this strategy

depends on the integration of primary care and the referral hospital unit as a guarantee of progressive, continuous and accessible health care for all women, according to the uniqueness of each user. Thus, the importance of tertiary care for the implementation of the Rede Cegonha is observed, since it involves several aspects of this policy. Objective: Situationally analyze north-central macroregion and municipality of Anápolis, and propose an intervention of the Stork Network at the tertiary level, according to topics description of each municipality in the region from your population and distance from the pole municipality, number of incidences and occurrence, number of pediatric, neonatal, adult and delivery rooms, compare the results with demands and identify the problem linked to this situational analysis. Method: This is a retrospective ecological study, based on situational analysis of data provided by the SUS Hospital Information System (SIH / SUS), National Register of Health Facilities (CNES), Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), and SUS Procedures, Medicines and OPM Table Management System (SIGTAP), with data collection conducted from May 31 to June 18, 2019. Results: We found no organization and planning of the network, insufficient number of obstetric beds, of beds for High Risk Pregnancy, of beds of pediatric/neonatal ICU and beds of pediatrics, absence of Home of Pregnant Woman, Baby and Postpartum Woman, lack of license of the milk bank, in addition to the lack of trained professionals for the care network and lack of training of professionals to perform production records. Conclusion: The Stork Network at its tertiary level still requires large variations and improves its infrastructure, training and systematization, so that it can effectively meet the demands of the analyzed region.

Keywords: Maternal-Child Health Services, Unified Health System, Tertiary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha é uma estratégia político-assistencial nacional para ações materno e infantil, considerando os princípios de equidade, universalidade e integralidade, e foi instituída em 2011 a partir da Portaria 1.459, subsidiada por demais portarias.¹ Constitui-se uma rede de cuidados que visa garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção completa à gravidez, desde o parto até o puerpério. Abrange também crianças do 0 aos 24 meses, garantindo o seu direito de nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável.²

A Rede organiza-se a partir de quatro componentes, sendo: Pré-Natal (I), Parto e Nascimento (II), Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (III), e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (IV), buscando um modelo mais eficaz de atenção à mulher e à criança, objetivando assim, a redução da mortalidade materna e infantil. Adicionalmente, é importante salientar que a rede propõe uma integração dos níveis primários, secundários e terciários garantindo o cuidado integral.^{2,3}

A atenção terciária configura-se como uma importante estratégia na aplicação desses componentes. No componente II, Parto e Nascimento, as ações pautam na atenção humanizada ao parto e ao nascimento, por meio da identificação de pontos à saúde, como a quantidade de leitos obstétricos e neonatais, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Intensivos

(UCI), Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINco) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca), sendo todos esses pontos propostos e disponibilizados de acordo com as necessidades regionais. Tal componente ainda garante a presença de acompanhante durante o acolhimento e trabalho de parto, e realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.^{2,4}

Em relação ao componente III, a atenção terciária oferece o alojamento conjunto e dedica-se a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Já o componente IV, busca garantir nas situações de urgência o acesso ao transporte seguro para as gestantes, puérperas, e aos recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).⁴

Adicionalmente, como estratégia, a Rede Cegonha prevê para a atenção à gestante de alto risco a implantação e habilitação da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco, apoiando gestantes que apresentem complicações no seu estado de saúde, por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez, no parto ou puerpério. Contudo, essa estratégia depende da integração da atenção básica e a unidade hospitalar de referência como garantia de uma atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todos as mulheres, de acordo com a singularidade de cada usuária.^{5,6}

Dessa forma, observa-se a importância da atenção terciária para a implantação da Rede Cegonha, já que envolve diversos aspectos desta política. A base de análise do estudo é macrorregião centro-norte, que tem Anápolis como município pólo, e que carece da devida implementação de todos os pontos da Rede cegonha, com ênfase no nível terciário, para que amplie seu acesso e sua cobertura a todas as gestantes. Portanto, o objetivo deste estudo é analisar situacionalmente a macrorregião centro-norte e propor uma intervenção da Rede Cegonha no nível terciário, de acordo com descrição de cada município a partir de sua população e da sua distância ao município pólo, quantidade de partos em incidência e ocorrência, quantidade de leitos pediátricos, neonatais, adultos e salas de parto. Ao final, propõe-se comparar os resultados com as demandas e identificar o problema vinculado a essa análise situacional, para que dessa forma possam ser identificados pontos deficitários a serem melhorados.

2 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se por ser do tipo Ecológico Retrospectivo, com base na análise situacional de dados fornecidos pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/ Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP).

O projeto foi realizado na Sala de Situação de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis (SMS – Anápolis), por internos do curso de Medicina, UniEVANGÉLICA, com auxílio dos preceptores do respectivo curso. O período de realização da coleta de dados e da análise situacional ocorreu entre os dias 31 de maio a 18 de junho de 2019.

As variáveis analisadas foram: população total de toda macrorregião, partos por residência e ocorrência em Anápolis, partos por município em Anápolis, quantidade de leitos preconizados de acordo com a portaria 650, portaria 930 e portaria 1020, e a quantidade existente, quantidade de leitos pediátricos preconizados pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2004 e a quantidade existente.

Os dados obtidos foram organizados por meio de tabelas e dispostos em números absolutos, para facilitar a leitura e a abordagem do tema, com o auxílio de planilhas do Microsoft Excel 2013, com um eixo temporal de estudo entre janeiro a dezembro de 2017.

Realizado o estudo da temática e análise das tabelas realizadas, foram obtidos pontos a serem propostos para possíveis intervenções, utilizando como ferramenta, o Diagrama de Ishikawa (espinha de peixe ou diagrama de causa e efeito), criado na década de 60 por Kaoro Ishikawa e usado desde então por levar em conta todos os aspectos que podem ter levado à ocorrência de um determinado problema, permitindo, assim, identificar causas para o problema em questão.

No estudo foi considerada a população da macrorregião em saúde, tendo como critério de inclusão o pertencimento a uma dessas regiões analisadas, incluindo neste caso o município de Anápolis. Não houve critérios de exclusão por analisar todos os dados abordados e disponíveis sobre a macrorregião centro norte.

3 RESULTADOS

A princípio foi realizada uma análise populacional de todos habitantes incluídos na macrorregião em saúde centro norte, que consiste em um total de 1.126.089 habitantes divididos em cinco regiões/municípios, como visto na Tabela 1.

Tabela 1 – População total de toda macrorregião em saúde.

Região/município	Nº de habitantes
Pirineus	515.167
Norte	136.832
Serra da Mesa	128.333
São Patrício 1	165.898
São Patrício 2	179.859
TOTAL	1.126.089

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em um segundo momento, foi analisado o quantitativo de partos por residência e ocorrência na região de Anápolis, conforme exposto na Tabela 2.

Tabela 2 – Partos por residência e ocorrência na região de Anápolis.

Tipo	Nº de partos
Residência	7.823
Ocorrência	6.201

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Em seguida, conforme a Tabela 3, foi realizada uma análise do número total de municípios que realizaram partos em Anápolis, incluindo municípios dentro e fora da macrorregião, o que expõe uma grande quantidade de partos oriundos de outras localidades.

Tabela 3 – Número de municípios que realizam partos em Anápolis.

Macrorregião	Nº de municípios
Total*	81

* Número total de municípios dentro e fora da macrorregião. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Foi analisada também a quantidade de leitos para 1000 habitantes de acordo com o preconizado pelas portarias 650 de 2011, 930 de 2012 e pelo PDR de 2004, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Quantidade de leitos preconizados para cada 1000 habitantes pelo anexo da portaria 650/2011, 930/2012 e PDR/2004.

Leitos	Portaria 650			Portaria 930		PDR		
	GAR	UTI adulto	Obstétricos	UTI ped	UTI neo	UCINco	UCINca	Ped
Preconizado	15%*	6%*	0,28	2	4	4	2	3
Municípios	0	49	61	10	10	0	0	46
Anápolis	12	5	80	18	56	56	28	217
Macro	35	14	236	51	-	-	-	-

GAR: Gestão de Alto Risco; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; UCINco: Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais; UCINca: Unidade de Cuidados Intermediários Canguru; PDR: Plano Diretor de Regionalização; Ped: Pediátricos; * % sobre do total de leitos obstétricos preconizados no município; Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Brasil.

De acordo com a Tabela 5, também foi realizado a quantidade de componentes da rede preconizados pela portaria 1020 de 2013.

Tabela 5 – Quantidade de componentes da rede para cada 1000 habitantes pelo anexo da portaria 1020/2013.

	CGBP	Banco de Leite
Quantidade preconizada	2	-
Quantidade nos municípios	0	1
Quantidade necessária em Anápolis	1	-
Quantidade necessária para macro	2	-

CGBP: Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Brasil.

Por fim, foi realizado ainda o Diagrama de Ishikawa, conforme Figura 1, também conhecido como Diagrama Espinha de Peixe ou de causa e efeito, como forma de auxiliar no encontro de possíveis causas do problema analisado, que consiste na deficiência da infraestrutura da Rede Cegonha em nível terciário. Em suma, diante da análise dos dados e do diagrama de Ishikawa, os principais problemas identificados foram a quantidade insuficiente de leitos de UTI neonatal e pediátrica, a ausência de leitos especializados, de acordo com o preconizado em portarias, ausência de cadastro de leitos de Gestão de Alto Risco (GAR), ausência de leitos UCIN, UCINCA e de bancos de leite, ausência da CGBP no sistema de apoio a rede terciária, somados à falta de capacitação adequada de profissionais que atuam na rede.

Figura 1 – Diagrama de Ishikawa.

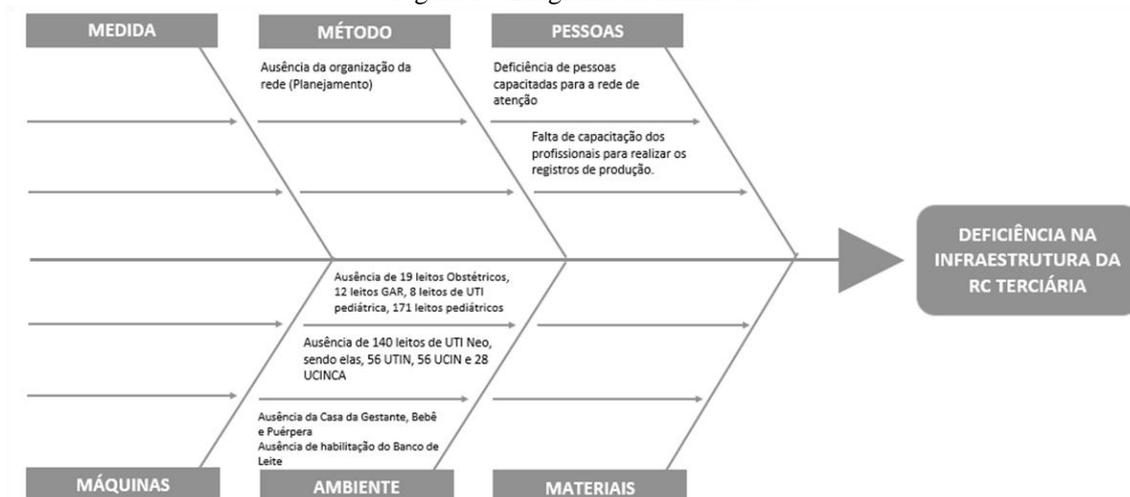


Diagrama de Ishikawa, estabelecimento de causas que resultam em consequências e efeitos. Fonte: SEMUSA – Sala de Situação - 2019.

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com o trabalho, a partir da análise de dados da Macrorregião Centro-Norte e do município de Anápolis, foram a quantidade insuficiente de leitos de UTI neonatal e pediátrica, assim como a ausência de leitos UCIN e UCINCa. Destaca-se também a inexistência de CGBP, de cadastro de leitos para a GAR e de leitos especializados, conforme preconizados pelo Ministério da Saúde.^{2,4,5}

Conforme previsto na portaria 930, publicada pelo Ministério da Saúde em 10 de maio de 2012, é necessária a construção de leitos de Unidade Neonatal articulando uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido. As Unidades Neonatais deverão ser divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa.⁴ Atualmente o município possui 10 UTIN, sendo necessária a ampliação de vagas, de modo que ocorra cobertura de uma maior parcela da população de toda macrorregião centro-norte, além da articulação de uma linha de cuidados progressivos.⁴

Conforme preconizado no Anexo da Portaria 650, publicada também pelo Ministério da Saúde em 5 de outubro de 2011, é necessário a construção de CGBP: vinculação aos

hospitais/maternidades habilitados no atendimento do alto risco obstétrico secundário e terciário, 20 leitos para GAR, puérpera e RN. Atualmente não há nenhuma com esta finalidade.⁷

Ainda por esse anexo, é necessária a construção de leitos destinados a GAR, que devem equivaler há 15% do total de leitos obstétricos.^{5,7} Atualmente Anápolis não possui nenhum leito, sendo necessário para atender a população de Anápolis 12 leitos. São necessárias, ainda, a ampliação, construção e contratualização de novos leitos obstétricos, sendo preconizado 0,28 para cada 1000 habitantes SUS dependentes, dando um total de 80 leitos para cidade de Anápolis, tendo apenas 61 disponíveis.

Deverá ocorrer também a ampliação, construção e contratualização de novos leitos pediátricos, conforme previsto pelo PDR de 2004, sendo necessários 2,5 leitos para cada 1000 habitantes.⁹ Atualmente, com base na população pediátrica de 2018, são necessários 217 leitos, tendo disponíveis somente 46.^{4,6}

O manual prático para implementação da Rede Cegonha, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2011, ressalta a fragilidade da rede no que tange ao seguimento da mulher e da criança no pós-parto. Tal fato é ocasionado pela fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a inicial organização para atuarem na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco apenas da produção de ações de saúde, e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por exacerbada medicalização, e por intervenções desnecessárias, levando à possível iatrogenia. Dessa forma, é necessária uma parceria entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, com os gestores de saúde locais e toda equipe que abrange a Rede Cegonha, para uma melhor coordenação do cuidado.^{2,8}

5 CONCLUSÃO

Diversos são os desafios que serão enfrentados para se obter as mudanças propostas por esse trabalho. Dentre eles, destaca-se a limitação financeira do município para execução dos investimentos. Faz-se necessário a implantação de novos leitos de enfermaria e UTI, na atenção voltada à mulher, neonato e à criança, bem como novos profissionais, o que demandará valores a serem gastos.⁹

As questões políticas e administrativas também se configuram como um desafio, já que para a construção de novos leitos e unidades hospitalares, que foram identificadas como deficitárias a partir desse estudo, são necessárias as aprovações por meio do Conselho Municipal de Saúde e da Câmara de Vereadores. Visto isso, torna-se necessária a união e o pensamento

coletivo entre essas entidades, e lideranças atualizadas no que tange aos indicadores de saúde local, para que dessa forma as deficiências possam ser identificadas, e as construções e investimentos em saúde sejam otimizados. ^{2,8}

Há também uma necessidade de haver um acolhimento rápido e adequado à gestante de alto risco na Unidade Básica de Saúde (UBS), a partir de uma correta classificação de risco. Para isso, faz-se necessário a presença de profissionais de qualidade presentes no local, para o correto direcionamento de cada caso. Portanto, é imprescindível que tais profissionais estejam atualizados não só em conhecimentos técnicos e práticos, mas também em fluxogramas de serviços, em suas respectivas áreas de atuação. ^{5,10}

Outro desafio a ser enfrentado é o transporte seguro e rápido da mulher gestante ou da criança em situações de emergência. Para isso, um fácil contato e uma quantidade suficiente de ambulâncias são imprescindíveis para a sua concretização. ²

Diante dos resultados encontrados, conclui-se a necessidade de uma maior integração e organização entre as regiões de saúde para que seja possível enfrentar os desafios e melhorar a Atenção Terciária voltada à Rede Cegonha. A capacitação dos profissionais e a sistematização da rede são de grande valia para o bom funcionamento do sistema. ^{7,10} A busca para ampliação estrutural é de extrema importância para conseguir atender toda demanda da região, ampliar o acesso adequado ao pré-natal e melhorar a atenção terciária em toda a Rede, por meio de intervenções específicas e de adequação ao que é preconizado, impactando, assim, de forma positiva no município de Anápolis e em todos os outros municípios da macrorregião.

REFERÊNCIAS

1. Pasche DF, Vilela MEDA, Giovanni MD, Almeida PVB, Netto TDLF, De Lamare T. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulg Saúde Debate*. 2014; 52(1): 58-71.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 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.
3. Cavalcanti PCDS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALRD, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23: 1297-1316.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 930, de 10 de Maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°. 1.067 de 4 de Julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 650, de 5 de Outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Ministério da Saúde. Manual Prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF; 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
10. Nascimento JS, Silva MRD, Oliveira ECT, Monte GCSB. Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*. 2018; 3(1): 694-709.