

Políticas públicas no âmbito da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (2004): mapeando ações de prevenção à violência obstétrica

Public policies within the scope of the national policy for comprehensive care for women's health (2004): mapping actions to prevent obstetric violence

Sabrina Abreu Dagostin Zanatta

Graduada em direito, Tribunal de Justiça de Santa Catarina- TJSC. E-mail: sabrinadazanatta@gmail.com

© 0009-0008-6572-6140

Giovana Ilka Jacinto Salvaro

Doutora em Ciências Humanas, Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: giovanasalvaro@unescc.net

© 0000-0003-0884-1923

Resumo

O artigo visa analisar como as políticas públicas implementadas pelo Estado brasileiro referentes à assistência à saúde obstétrica e neonatal vêm se construindo a partir dos princípios e diretrizes apontadas pela PNAISM, do ano de 2004. Concomitantemente, observar se os direitos à saúde das mulheres e pessoas que gestam, bem como a garantia aos seus direitos reprodutivos estão sendo efetivados.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde obstétrica; direitos reprodutivos

Abstract

The article aims to analyze how public policies implemented by the Brazilian state regarding obstetric and neonatal health care have been developed based on the principles and guidelines outlined by the PNAISM of 2004. Simultaneously, it seeks to observe whether the health rights of women and individuals who are pregnant, as well as the guarantee of their reproductive rights, are being effectively realized.

Keywords: public policies; obstetric health; reproductive rightsword

DOI : <https://doi.org/10.18616/rdsd.v11i1.9604>

Recebido: 22-02-2025
Aprovado: 21-04-2025



PPGDS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO - UNESC



1. Introdução

Utilizando como marco temporal a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- princípios e diretrizes (PNAISM), do ano de 2004, o artigo apresenta uma análise sobre as políticas públicas daí decorrentes implementadas pelo Estado brasileiro relativas à assistência à saúde obstétrica e neonatal.

A escolha do marco temporal se fez em razão da perspectiva trazida com a PNAISM, com diretrizes baseadas no gênero e suas imbricações na saúde das mulheres. Com enfoque na integralidade, promoção e humanização, a PNAISM enfatiza promoção e prevenção da saúde, autonomia e protagonismo das mulheres sobre seus corpos, cuja atuação se fez somando educação, ação social e trabalho (Freitas *et al.*, 2009). Assim, a PNAISM consolida a necessidade de uma assistência integral e humanizada, entendendo que a questão do gênero deve ser arguida e considerada na construção das políticas públicas para a garantia dos direitos humanos das mulheres.

A PNAISM apresenta preocupação com a saúde reprodutiva das mulheres e a alta taxa de morbimortalidade, decorrentes de diversos fatores, entre os quais se destacam as desigualdades social, econômica e ambiental. Como políticas públicas, o direito à saúde obstétrica e neonatal vem se expandido, trazendo discussões sobre a medicina baseada em evidências, protagonismo das mulheres e assistência de qualidade da gestação ao puerpério.

Desta forma, o presente artigo visa analisar se, no decorrer dos últimos 20 anos, as políticas públicas implementadas pelo Estado brasileiro referentes à assistência à saúde obstétrica e neonatal vêm se construindo a partir dos princípios e diretrizes apontadas pela PNAISM. Concomitantemente, observar se os direitos à saúde das mulheres e pessoas que gestam, bem como a garantia aos seus direitos reprodutivos estão sendo efetivados.

A pesquisa se desenvolveu por meio do método dedutivo e bibliográfico, utilizando levantamento bibliográfico em periódicos e livros. Além disso, foram acessados dados quantitativos das pesquisas nacionais realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), pelo governo, através do Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS), e por organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo para População das Nações Unidas (UNFPA).

O presente artigo se divide em três tópicos. O primeiro apresenta os princípios e diretrizes formulados pela PNAISM. Seguindo uma ordem cronológica, o segundo tópico analisa políticas públicas desenvolvidas em razão do PNAISM, no período de 2004 até 2011, pelo recorte da assistência à saúde obstétrica e neonatal. Já o terceiro tópico discorre sobre a Rede Cegonha, implementada em 2011, suas alterações, culminando na criação da Rede Alyne. Com isso, procura-se delinear alguns conceitos-chave atrelados ao tema, como mortalidade materna, gênero e interseccionalidade, especificamente, nos modos como

afetam a produção das políticas públicas.

2. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher (2004): princípios e diretrizes

No ano de 2004 foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - princípios e diretrizes - PNAISM (Brasil, 2004a). Com a preocupação na adoção de políticas de acordo com as necessidades das mulheres brasileiras, tornou-se singular em relação às políticas anteriores. Visando atender às mulheres em sua integralidade, inseriu-as como sujeitos autônomos e participativos garantido uma assistência mais assertiva as suas reais necessidades (Freitas *et al.*, 2009).

Juntamente com diversos segmentos da sociedade civil, o Ministério da Saúde alicerçou os princípios e diretrizes para a garantia dos direitos humanos das mulheres, bem como para a diminuição da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Ao trazer para a discussão diversos atores da sociedade civil, realizando parcerias com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, o Estado brasileiro deu um passo significativo no respeito a autonomia dos sujeitos (Freitas *et al.*, 2009).

Com base nos princípios da humanização e da qualidade na atenção à saúde integral, a PNAISM alerta para o fato de que a assistência à saúde das mulheres está marcada pela discriminação, frustrações e violações aos direitos humanos. Neste sentido, a humanização se vincula à uma assistência qualificada que implique o estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos (Brasil, 2004a). É importante destacar que o documento enfoca o gênero como um dos fatores determinantes da saúde e da formulação de políticas públicas, evidenciado que a “[...] vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e a morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (Brasil, 2004a, p.09).

Desta forma, a PNAISM traça uma análise demarcando além dos problemas da saúde das mulheres em cada fase da vida, também uma análise transversal identificando as diferenças regionais, socioeconômicas e outros marcadores, que afetam a saúde das mulheres e devem ser considerados nas políticas governamentais. Reafirma que a “[...] realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas” (Brasil, 2004a, p. 23). A PNAISM observou que os indicadores epidemiológicos demonstravam que o Brasil convivia com doenças características de países desenvolvidos, com doenças ainda persistentes de países em desenvolvimento, como a mortalidade materna e a desnutrição. A partir desta perspectiva, a elaboração das políticas públicas ao serem implementadas deveriam considerar a imbricação de fatores condicionantes ao padrão da saúde das mulheres (Brasil, 2004a).

Além de demonstrar a precariedade da assistência e os problemas de saúde que acometem as mulheres em diferentes faixas etárias pelo viés de gênero, a PNAISM intersecciona orientação sexual, raça, classe, condições de trabalho e de residência, entre outros marcadores sociais que as afetam singularmente. Neste sentido, está alinhada com a saúde das mulheres lésbicas, das mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, mulheres em situação de prisão.

No campo dos direitos reprodutivos, a PNAISM enfatiza a necessidade de atenção aos programas de planejamento familiar, ao abortamento inseguro, ao combate à violência doméstica e sexual, à saúde obstétrica, à prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (Freitas *et al.*, 2009, p. 427). Ao traçar o diagnóstico sobre a saúde das mulheres, apresenta preocupação com a mortalidade materna, atentando para o fato de que 92% dos casos são mortes evitáveis; o diagnóstico conclui que as Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas apontam para “[...] precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade” (Brasil, 2004a, p. 26). Quanto à atenção obstétrica, a PNAISM afirmou a baixa adesão às consultas de pré-natal, concluindo que as gestantes não estavam orientadas da importância da realização destas consultas. Ainda, a política identificou que as intervenções desnecessárias, medicalização excessiva e elevado número de cesarianas eram marcantes no momento do parto.

Afora trazer os apontamentos quanto ao contexto que se insere a saúde das mulheres, a PNAISM também estabelece como objetivos gerais a promoção da melhoria da saúde das mulheres; a garantia dos direitos; a ampliação de acesso aos serviços de saúde e de promoção, prevenção e assistência; e a redução da morbidade e mortalidade das mulheres, em especial, as mortes por causas evitáveis. Por fim, o que se refere à ampliação, à qualificação e à humanização na atenção integral à saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde, delineou as diretrizes para a elaboração e execução das políticas públicas que devem estar norteadas “[...] pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (Brasil, 2004a, p. 63). Ademais, as políticas públicas devem alcançar as especificidades de cada ciclo de vida das mulheres, bem como os distintos grupos populacionais.

Dentre os 14 objetivos específicos propostos, vale ressaltar a promoção de assistência obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, assim como a assistência ao abortamento em condições seguras, para mulheres e adolescente incluindo:

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;

- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência;
- fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- apoiar a expansão da rede laboratorial; – garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes; – melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna (Brasil, 2004a, p. 69-70).

A partir destes objetivos, foram sendo implementadas políticas públicas a fim de dar cumprimento as recomendações indicadas. Os avanços não vieram somente pelas portarias do Ministério da Saúde, embora em maior número, também a legislação foi se desenhando na tutela aos direitos reprodutivos das mulheres, entre as quais se destacam a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005 (Brasil, 2005a), que garante acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, e a Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007), que garante o direito da gestante a ter conhecimento prévio e ser vinculada a uma maternidade específica da rede SUS, que lhe atenderá no momento do parto, prevenindo a peregrinação pelos hospitais da rede.

Nos próximos tópicos são analisadas como estas políticas públicas têm se constituído no enfrentamento da violência aos direitos reprodutivos das mulheres, especificamente no que se refere à garantia da qualidade da assistência à saúde das gestantes, parturientes, puérperas e neonatos.

3. Pacto nacional pela redução da morte materna e neonatal: desafios ao enfrentamento da violação aos direitos humanos das mulheres e da violência obstétrica

A mortalidade materna se apresenta como indicador da qualidade do serviço de assistência prestado pelo Estado às gestantes e neonatos (Fattorelli, 2019). As altas taxas de mortalidade que persistem passam a indicar não só falhas na prestação de serviços de qualidade, mas violações aos direitos humanos das mulheres, uma vez que são mortes evitáveis caso não houvesse negligências e precariedade na assistência (Leal *et al.*, 2023).

Sendo uma das ações recomendadas pela PNAISM, o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal (Brasil, 2004b) tem fundamental importância para definir as políticas de assistências juntamente com os Estados, Distrito Federal e Municípios que se comprometem na produção de ações a partir dos objetivos pactuados, priorizando a redução da mortalidade materna e de recém-nascidos, com o incentivo de políticas públicas de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal.

Ao apresentar o Pacto, o Estado brasileiro evidencia que, além de um problema de saúde pública, as mortes materna e neonatal estão condicionadas “[...] à falta de

reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde [...].” (Brasil, 2004b, p. 03). Enfatizando que os índices de mortalidade atingem desigualmente as mulheres e neonatos de regiões brasileiras e de classes sociais mais vulneráveis.

Outro ponto trazido pelo Pacto é a dificuldade de monitoramento da base de dados sobre os reais números de mortes materna e neonatal, em razão das subnotificações, caracterizada pelo preenchimento incorreto das declarações de óbitos, face a omissão institucional hospitalar na declaração da causa morte, bem como em razão do sub-registro, caracterizado pela falta do registro de óbito em cartório, mais recorrentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, em virtude da dificuldade de acesso aos cartórios, cemitérios irregulares e, principalmente, da falta de informação da população sobre a importância da declaração de óbito. O documento ainda destaca que declaração de óbito de mulheres e crianças são subnotificadas em regiões afastadas ou por pessoas de baixa renda, pois apenas as consequências diretas, como herança ou benefícios previdenciários são as causas de preocupação com os registros (Brasil, 2004b).

Na elaboração do Pacto, percebe-se uma preocupação não só com os altos índices de mortalidade materna e neonatal, caracterizado como um problema de saúde pública e de violação aos direitos reprodutivos, mas também com a forma desigual que se apresentam nas diferentes regiões do Brasil; outrossim, identifica que a qualidade da assistência está diretamente associada a morte de mulheres e de crianças, em sua maioria, negras e pardas.

No Brasil, o racismo institucional permeia as relações de assistência à saúde, o que pode ser observado na leitura dos dados trazidos pelo estudo intitulado “Nascer no Brasil - Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”. Entre o período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, foi realizada uma extensa pesquisa de abrangência nacional, que evidenciou as diferenças em relação aos cuidados de mulheres pretas, pardas e brancas. Conforme a pesquisa, as mulheres pretas e pardas, com predomínio nas regiões Norte e Nordeste do país, eram menos escolarizadas, com menos recursos econômicos, estavam entre o maior número com gestantes adolescentes e usuárias do SUS (Leal *et al.*, 2017). Em relação a mulheres brancas, as gestantes pretas e pardas possuíam maior risco de pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade e peregrinação no momento do parto, ausência de acompanhante, foram menos orientadas sobre o parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Além disso, estas mulheres tiveram menos intervenções durante o parto vaginal, envolvendo os usos de anestesia local, de ocitocina, de episiotomia e menor taxa de cesarianas, bem como maior chance de nascimento pós-termo, ou seja, após 41 semanas de gestação (Leal *et al.*, 2017).

Aqui importa destacar que, embora, o número reduzido de intervenções durante o

parto se configure como modelo de parto humanizado e acolhimento com a gestante, quando observado pela perspectiva de raça, é indicativo do racismo institucional. Pois, como observado por Leal *et al.* (2017, p.10), “[...] o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um ‘bom cuidado’”.

Quando se analisa o maior índice de nascimentos após a 41ª semana gestacional entre as mulheres negras e pardas, observa-se a menor preocupação com estas gestantes, que, em tese, poderia indicar a necessidade de intervenção médica. Além disso, a ideia de que mulheres negras são mais resistentes à dor, mesmo sem qualquer evidência, entre profissionais de saúde, denota o racismo institucional presente nas salas de parto. Leal *et al.* (2017) alertam para a prevalência de depressão pós-parto em mulheres pretas e desfechos negativos ao recém-nascidos, decorrente de estresse físico e psicossocial causados por experiências de discriminação racial.

Estudos mais recentes corroboram com a pesquisa anterior e indicam que a mortalidade materna difere quando analisada pelo recorte racial. A Pesquisa Nascer no Brasil II (2023), ainda em curso, apresentou dados preliminares sobre a morte materna de mulheres negras no contexto do SUS. Para contextualizar, ressalta-se que a pesquisa ocorreu no período de novembro de 2021 a outubro de 2023 e teve como foco mulheres de cor preta ou parda, em comparativo com mulheres brancas¹. De acordo com os dados da pesquisa, entre as mulheres negras, foram evidenciados índices maiores de baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado, solidão conjugal, de gestações na adolescência e internações por aborto (Leal *et al.*, 2023).

O apontamento do racismo institucional imbricado com a violência obstétrica é visível quando da análise dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sobre a Razão de Mortalidade Materna (RMM), entre os anos de 2015 até 2023 (Leal *et al.*, 2023, DATASUS)². Os índices de mortalidade materna em mulheres negras se apresentaram duas vezes maior em comparativo com a morte de mulheres brancas. Entre as principais causas de mortes maternas registradas no SIM, isto é, os transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério; as complicações no trabalho de parto e do parto, como a hemorragia; a, infecção puerperal e aborto, estiveram mais presentes entre as mulheres pretas e pardas em todas as causas apontadas. (Leal *et al.*, 2023).

¹ Para esta análise, mulheres autodeclaradas amarelas ou indígenas não foram mencionadas.

² No ano de 2021, em razão da pandemia, a taxa de mortalidade esteve em 107,53 para cada 100 mil, um aumento de 94,4% em relação aos anos anteriores, decaindo nos anos posteriores, sendo o índice de 121 mortes entre a população branca e 194,80 entre a população negra. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/28-5-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna-3/#:~:text=Quantifica%C3%A7%C3%A3o%20preliminar%20da%20Raz%C3%A3o%20de,mortes/100%20mil%20at%C3%A9%202030>.

Com relação à Morbidade Materna Grave (MMG)³ e ao Near Miss Materno (NMM)⁴ os resultados das amostras demonstraram também maiores incidências em mulheres negras, com maior vulnerabilidade social, aqui incluídos baixa escolaridade, mães chefes de família e com mais de 35 anos de idade (Leal *et al.*, 2023). Importante destacar que Near Miss Materno ocorre, na maioria das vezes, em razão de atraso no acesso e assistência obstétrica necessários.

Para Máira Fattorelli (2019, p.56), “identifica-se a morte materna enquanto possível fruto de uma atuação do Estado de precarização de vidas e de estigmatização de corpos”. Ainda, de acordo com a autora:

A condição de precariedade é, então, identificada como uma condição politicamente induzida que recai sobre as vidas que não consideradas valiosas e que são fadadas a suportar a privação de direitos, e a exposição diferenciada à violência e à morte (Fattorelli, 2019, p. 57).

Resta evidenciado que a vivência da maternidade e assistência à saúde interseccionam desigualdades raciais e de classe. Portanto, a análise da problemática deve ser holística, imbricando todos os sistemas de opressão, a fim de não mascarar as reais causas que levam a mortalidade materna (Fattorelli, 2019). Desta forma, o Pacto visa ampliar a discussão com a sociedade civil para além dos números, de modo a trazer foco para fatores etários, raciais, socioeconômicos, entre outros, que impliquem na mortalidade materna e neonatal, bem como promover ações de assistência que considerem dimensões interseccionais de opressão em sua base.

Em consequência das discussões do Pacto, foram identificadas outras iniciativas realizadas pelo Estado brasileiro. Iniciando com a Lei n. 11.108/2005, em alteração à Lei. 8080/90, conhecida como a Lei do Acompanhante, foi um importante avanço nos direitos à saúde obstétrica, determinando a obrigatoriedade dos serviços de saúde dos SUS, própria ou conveniada, permitirem a presença de um acompanhante à gestante durante o trabalho de parto e o pós-parto. Esta obrigatoriedade se estende aos hospitais privados em conformidade com a Resolução 36 de 03 de junho de 2008 (Brasil, 2008).

Além disso, a Lei do Acompanhante se estende às gestantes encarceradas, em atendimento aos princípios da igualdade e da dignidade da pessoa. Assim como este direito, estas mulheres mantêm o direito de possuir uma atenção humanizada e de qualidade durante o pré-natal, parto e puerpério. A Lei 11.942/2009 promoveu algumas alterações na Lei de Execução Penal, assegurando às gestantes e parturientes, bem como aos recém-nascidos, condições mínimas de assistência, dentre as quais o acompanhamento médico no

³ Morbidade Materna Grave (MMG) é definida “como a ocorrência de uma complicação materna grave durante a gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o término da gestação).” (Leal *et al.*, 2023, p.14).

⁴ Near Miss Materno (NMM) é o termo “utilizado para as mulheres que quase morreram, mas sobreviveram, a complicações ocorridas no período gravídico-puerperal.” (Leal *et al.*, 2023, p.14).

pré-natal, no pós-parto e aos recém-nascidos (Brasil, 2009). As prerrogativas da lei se estenderam ao Estatuto da Criança e Adolescente-ECA, assegurando o direito da gestante e parturiente ao acompanhante, com a inclusão do §6º ao artigo 8º pela Lei 13.257 de 08 de março de 2016 (Brasil, 2016a).

Em suma, em conformidade com a lei, a gestante tem assegurado a presença de um acompanhante de sua escolha, ou seja, não há condicionantes acerca de grau de parentesco, ou gênero, ou necessidade de qualquer justificativa pela escolha. Também, o direito da presença do acompanhante em todo período, entre o início do trabalho de parto até o pós-parto, parto normal ou cesárea, a participação do acompanhante está garantida. É ilícita a cobrança de qualquer valor adicional em razão da presença do acompanhante, pois se trata de um direito da parturiente e os estabelecimentos de saúde devem se adequar a legislação (Castro, 2019).

Contribuindo para a humanização do parto e do nascimento, a presença do acompanhante traz benefícios emocionais à paciente, que se sente mais segura com a presença de uma pessoa de sua confiança, e contribuições efetivas ao momento do parto. Estudos têm demonstrado que a presença de um acompanhante reduz o uso de analgesia, da sensação de dor, do uso de fórceps, diminuição da duração do trabalho de parto e aumento nos índices de Apgar (Carvalho; Oliveira; Macedo, 2021).

Não obstante, a lei datar de 2005, alguns obstáculos ainda são visíveis, seja pelo próprio desconhecimento da lei, que impede o(a) acompanhante no momento do parto, seja pelas barreiras institucionais, iniciando com a alegação de falta de acomodação ou pela resistência médica, sob o pretexto da realização de parto de emergência ou pelo aumento de risco de contaminação durante o procedimento cirúrgico (Castro, 2019).

Além da promulgação da Lei do Acompanhante, no ano de 2005, ocorreu a formulação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), que refletiu a primeira ação executiva de execução de ações governamentais propostas no Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal. A PNAON foi implementada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria n. 1.067 de 04 de julho de 2005 (Brasil, 2005b), promovendo a ampliação de acesso e da qualidade de assistência, estabelecendo os direitos das gestantes, puérperas e dos neonatos, assegurando as condições de assistência humanizada e de qualidade para realização do pré-natal, parto no parto, e atendimento às puérperas e a criança. Ao definir a humanização, a PNAON descreve como a “[...] adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.” (Brasil, 2005b).

Apesar de ser uma Política em conformidade com a PNAISM, pela perspectiva da assistência humanizada, fomentando ações de promoção, de prevenção, de ampliação à

assistência à saúde obstétrica e neonatal, cabe registrar que foi primeiramente suspensa, para análise dos impactos financeiros, pela Portaria 1.187 de 13 de julho de 2005 (Brasil,2005c) e, posteriormente, revogada, através da Portaria 2.442 de 069 de dezembro de 2005 (Brasil,2005d).

Também, como resultado das ações estratégicas apresentadas no Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, foi promulgada a Lei 11.634/2007, que possibilita a todas as gestantes assistidas pelo SUS, o direito ao reconhecimento e à vinculação prévia à maternidade que será atendida no momento do parto e a que lhe irá assistir nos casos de intercorrência no pré-natal.

Ressalta-se a importância da Lei 11.634/2007, em razão das consequências advindas da falta de vagas nas maternidades. De acordo com dados apresentados pelo “Grupo de Pesquisa Saúde da mulher, da criança e do adolescente”, no site Nascer no Brasil, liderado pela Dra. Maria do Carmo Leal, e sob coordenação geral da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz)⁵, a peregrinação durante o trabalho de parto aumentam em 23% a chance da realização do parto cesariana, em 62% a possibilidade do bebê nascer prematuro e em 56% de nascer com baixo peso, em 56% aumenta os riscos de o recém-nascido nascer com Apgar baixo e em 48% de nascer com problemas de saúde.

A pesquisa Nascer no Brasil, realizada por meio de entrevistas com puérperas em todas as regiões do Brasil e com dados coletados, entre os anos de 2011 e 2012, demonstrou que 16,2% das entrevistadas afirmaram ter passado pela peregrinação por maternidades até serem internadas e as justificativas para a recusa das gestantes foram: a ausência de condições de atendimento, por falta de médicos, insumos e equipamentos; falta de vaga para a gestante e/ou o bebê; e situação de risco clínico e/ou obstétrico. Outras questões foram levantadas para negativa das internações: o fato de a unidade não prestar assistência ao parto; a baixa qualidade de atendimento; e o “perfil da unidade procurada, com restrições ao atendimento conforme característica da gestante, como, por exemplo, a gestante ser adolescente ou primípara” (Viellas *et al.*, 2014, p. 96).

A pesquisa demonstrou que a peregrinação durante o trabalho de parto foi mais acentuada na Região Nordeste, com 33,1% dos casos; seguidos pela Região Centro-Oeste- 23,7%, Sudeste- 20,9%, Norte-20,3% e a Região Sul, com 10,8% das ocorrências. Por fim, segundo Viellas *et al.* (2014), através dos dados coletados, foi observado que a peregrinação se deu em maior número entre as gestantes pardas, pretas e amarelas, em adolescentes, mulheres com menor grau de escolaridade, sem companheiros e aquelas que experienciavam a primeira gravidez.

Não obstante, apesar das políticas públicas até então implementadas, não houve a

⁵ Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

redução da taxa de mortalidade materna e neonatal nos patamares recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Com a proposta de melhorar os indicadores de assistência à saúde materna e da criança, em 2011, por meio da Portaria de n. 1.459 (Brasil, 2011a) e Portaria de n. 650 (Brasil, 2011b), ambas de 05 de outubro de 2011, foi instituída a Rede Cegonha, no âmbito do SUS, articulando-se como uma rede de cuidados e visando, conforme Art. 1º, “[...] assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [...]” (Brasil, 2011a). Sendo assim, no próximo e último tópico são apresentadas ações em políticas públicas no contexto da Rede Cegonha.

4. Direitos reprodutivos e justiça reprodutiva no contexto da Rede Cegonha: ações de prevenção à violência obstétrica

Para contextualizar, a Rede Cegonha é uma das redes temáticas instituídas após a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), publicada pelo Ministério da Saúde, pela Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), regulamentada pelo Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011c). A RAS estabelece as responsabilidades dos entes federativos na sua constituição, organização e funcionamento, através de metas pactuadas e responsabilidades assumidas pela esfera do executivo federal, estadual e municipal integrados em rede. A RAS é conceituada como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

Nesta senda, a Rede Cegonha se apresenta como um novo modelo de atenção à saúde das mulheres e das crianças, até vinte e quatro meses; organiza-se por meio da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, trazendo como princípios norteadores a proteção aos direitos humanos, o respeito à diversidade, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes (Brasil, 2011a, art. 2º).

A articulação da Rede Cegonha se fez pelas diretrizes elencadas no artigo 4º, que se referem à garantia ao acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; da atenção à saúde das crianças, de zero a vinte e quatro meses, com qualidade e resolutividade; e de acesso às ações do planejamento reprodutivo (Brasil, 2011a). Além da qualidade de atenção prestada às mulheres, visa à qualificação nos serviços ofertados pelo SUS desde o planejamento familiar, na confirmação da gravidez, durante o pré-natal, no parto e no puerpério, bem como na assistência à criança até dois anos de

idade.

A assistência humanizada, identificada na Rede Cegonha, fundamenta-se no respeito, na dignidade e autonomia das mulheres e das crianças, iniciando no pré-natal com o acolhimento da gestante e com uma assistência à saúde realizada por uma equipe multidisciplinar qualificada, comprometida com a efetivação da medicina baseada em evidências de eficácia e segurança. Nesta perspectiva, os profissionais da saúde aparecem em segundo plano, atuando como assistentes deste processo, dando o suporte necessário às mulheres, auxiliando-as e intervindo para assegurar a saúde das mulheres e das crianças em situações de maior risco. Ao apresentar a cartilha sobre a Rede Cegonha-gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar (Brasil, 2013a, p.11), o Ministério da Saúde reafirma este entendimento de que “a humanização privilegia o bem-estar da mulher e do bebê ao considerar os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural, caracterizado pelo acompanhamento contínuo de gestação e parturição”.

Outrossim, a Rede Cegonha retira o protagonismo da equipe médica e a ideia da gestação como processo patológico, concedendo à gestante o reconhecimento da sua autonomia e o direito de experienciar todo o processo da maternidade com mais informações e conhecimento de seu corpo durante todo processo gestacional. Para tanto, tem como objetivo promover a implementação de um modelo de atenção ao parto e nascimento, organizar uma rede de atenção à saúde de mulheres e crianças, com garantia de acolhimento e resolutividade e, por fim, a redução da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011a, art. 3º).

A Rede Cegonha foi estruturada a partir de quatro componentes: o pré-natal; o parto e nascimento; o puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico. Para cada componente, foram definidas as ações de atenção à saúde, denotando a importância de cada componente para assegurar a integralidade da assistência à saúde das mulheres, os quais foram sendo implementados em portarias posteriores. Neste primeiro momento, foi reconhecida a importância da atenção desde o pré-natal para a redução da morbimortalidade, muitas vezes, decorrentes da falta de acompanhamento adequado na gestação. No parto e nascimento, o intuito foi reduzir a medicalização do nascimento e o uso de procedimentos sem evidências científicas, incluindo a redução do número de cesáreas, acolhimento da gestação com classificação de risco.

No componente puerpério, é importante destacar o olhar dos profissionais de saúde para identificação de depressão pós-parto e orientação sobre a saúde sexual e reprodutiva, já na atenção integral à saúde das crianças, as ações se voltaram, além da caderneta de vacinação, para a atenção aos recém-nascidos com risco em potencial, a garantia de leitos hospitalares e promoção do aleitamento materno e alimentação saudável. Quanto ao sistema logístico, a estratégia foi, em linhas gerais, garantir o transporte adequado para

todas as solicitações, em conformidade com a gravidade de cada caso.

Para integrar o trabalho da Rede Cegonha, em 10 de maio de 2012 foi instituída a Portaria n. 930, que definiu 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)” (Brasil, 2012). Com os mesmos parâmetros sustentados pela Rede Cegonha, referente ao acolhimento e qualificação da assistência, esta portaria visa garantir o direito a diferentes níveis de assistência neonatal, com a organização de leitos da unidade neonatal, identificando o número de leitos de acordo com o número de nascimento na unidade hospitalar. Também, divide as unidades neonatal de acordo com as necessidades de cuidado: Unidade de Terapia Intensiva (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), subdivididas em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A portaria identifica as situações de riscos que elegem cada unidade de tratamento, bem como determina a forma de custeio.

Corroborando com as políticas da Rede Cegonha pela Portaria n.1.020 de 29 de maio de 2013, foram instituídas as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde nas gestações de alto risco. Em conformidade com a Portaria n. 1.020/2013 (Brasil, 2013b), considera-se gestação, parto e puerpério de risco:

Art. 2º, II- [...] situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis; (Brasil, 2013).

Em complementação a Rede Cegonha, a Portaria n.1020/2013 (Brasil, 2013b) estabeleceu a estrutura para a avaliação e os procedimentos de pré-natal, gestação e parto de gestantes de alto risco, bem como 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 07 de janeiro de 2015, foi instituída a Portaria n. 11 (Brasil, 2015)⁶, que redefiniu as diretrizes para a implantação e habilitação do Centro de Parto Normal (CPN) no SUS. A Portaria define a classificação do Centro de Parto Normal em CPN Intra-hospitalar (CPNi) Tipo I e Tipo II, identificados como a assistência ao parto normal de risco habitual dentro do hospital; e o CPN peri – hospitalar (CPNp) ou casa de parto, ambiente extra-hospitalar, cujo objetivo é a realização de parto fisiológico de gestantes de baixo risco e o atendimento feito por obstetras e enfermeiras obstetras. Segundo Mortelaro *et al.* (2024), estudos têm sido positivos sobre a relação entre estes profissionais e a redução de intervenções, dos

⁶ Através da Portaria 03 de 28 de setembro de 2017 (Brasil,2017a), o Ministério da Saúde consolidou as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, anexando as Portarias de n. 1459/2011. N. 1020/2013 e n. 11/2015.

índices de cesáreas e de complicações materno-fetais e da mortalidade.

O que é importante registrar sobre Portaria n. 11/2015 remete a razões de implementação desta política pública, expressas no preâmbulo: “[...] a necessidade de implementação de medidas de proteção contra abuso, violência ou negligência no parto” (Brasil, 2015), bem como de medidas para reduzir o número de cesáreas. Ainda, destaca a necessidade de revisões sistemáticas e evidências científicas nas práticas de assistência, com a superação do modelo biologista e medicalizante de atenção ao parto; e, por fim, evidencia o direito das mulheres a “ambientes de cuidado que favoreçam a realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento” (Brasil, 2015).

O artigo 2º (Brasil, 2015) elenca algumas definições, entre as quais, destacam-se: a atenção humanizada ao parto e nascimento, entendida como “respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;” e do parto normal “como trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto”.

Em um movimento de incentivo à mudança de paradigma sobre a patologização do parto, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, através da Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, estabelecendo os parâmetros sobre o parto normal no Brasil. O documento explicita os avanços da obstetrícia propiciando maior segurança às mulheres e neonatos, entretanto faz uma crítica ao excesso de intervenções que não contribuem para a qualidade da assistência e, ao contrário, promovem a biologização do fisiológico. Assim descreve:

Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho ou filha, estão também em busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indelévels, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (Brasil, 2017b).

Elaborada por um grupo multidisciplinar, tendo como objetivo fomentar a prática do parto natural de forma segura e baseada em evidências, nos termos da determinação da Organização Mundial da Saúde de 1996 (Brasil, 2017b), busca ainda incentivar e padronizar práticas mais comuns e reduzir intervenções desnecessárias. De acordo com o documento, a qualidade da assistência à saúde das mulheres está baseada no tripé formado pelas diretrizes clínicas baseadas em evidências, somado à experiência clínica dos profissionais e as necessidades únicas das mulheres e familiares, formando a prática clínica baseada em

evidências (Brasil, 2017b).

A Portaria n. 353/2017 tem um anexo bastante extenso e traz pormenorizadamente os procedimentos indicados para o trabalho de parto e assistência ao neonato. Constitui-se como um manual didático, com estudos comprobatórios sobre as intervenções farmacológicas e o manuseio das boas práticas no momento do parto, incluindo estudos sobre o local de assistência, qualificação dos profissionais, procedimentos para o alívio da dor no trabalho de parto, assistência no primeiro, segundo e terceiro período do parto, cuidados pós-parto, assistência ao recém-nascido, dentre outros (Brasil, 2017b).

Anteriormente, houve a elaboração das Diretrizes de Atenção à Gestante - a operação cesariana, apresentada pela Portaria de n. 306 de 28 de março de 2016 (Brasil, 2016b), que reúne recomendações para a operação cesariana, evidenciando a obrigatoriedade dos profissionais da saúde informarem às gestantes sobre possíveis riscos e eventos adversos causados pelo procedimento cirúrgico. Da mesma forma que as diretrizes sobre o parto normal, este documento contou com a participação de diversos segmentos da sociedade civil, com a coordenação do Ministério da Saúde e com o objetivo de orientar profissionais da saúde, gestores, gestantes e a sociedade como um todo sobre as questões relacionadas às vias de parto, indicações e condutas, recomendadas por estudos científicos sobre a temática (Brasil, 2016b).

Conforme o Relatório 179 sobre as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana, apresentado pelo Ministério da Saúde (2016c), o parto cesariana é uma cirurgia segura com baixos índices de complicações graves, bem como indicado por razões médicas e, conseqüentemente, diminuindo a mortalidade materna perinatal, quando evidente os riscos apresentados por um parto normal. Contudo, cirurgias cesarianas eletivas ocorridas por volta da 37^a semana de gestação contribuem para complicações ao neonato como a prematuridade tardia iatrogênica, da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal. Para além, segundo o relatório, partos cesarianas podem “interferir na vinculação mãe e bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher, além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança.” (Brasil, 2016c, p.18-19).

Não obstante, enquanto a OMS (2015) recomenda a taxa de cesáreas entre 10% e 15% do total de partos realizados, afirmando que estudos evidenciaram que taxas maiores que estas não reduzem a mortalidade materna, o Estado brasileiro vem na direção contrária apresentando uma taxa de cesarianas na margem de 56%. Mais discrepantes os números quando separados entre o serviço público, com taxa de 40% e privado, cujo índice aumenta para 85% do número de partos (Brasil, 2016c).

Diniz (2009) afirma que no setor de privado a alta de taxa de cesáreas está ligada ao modelo organizacional que a autora chamou de ‘cesárea de rotina’ que vem substituir a

imprevisibilidade do parto normal, como uma relação de produção, em uma idealização que a segurança está na presença do profissional de saúde. Ainda de acordo com o Relatório 179 (Brasil, 2016c) as causas para os altos índices de cirurgias cesáreas podem ser explicadas pelas características socioculturais do país, qualidade dos serviços de assistência centrada em um profissional de saúde e não na equipe multidisciplinar, e a falta de preparo e de informações prestadas às gestantes sobre o parto e nascimento. Em razão do processo traumático e intervencionais vivenciado durante o parto normal, mulheres optam pela cesárea, com a falsa percepção de maior segurança (Diniz, 2009).

Após a implementação das portarias, as melhorias na assistência obstétrica e neonatal podem ser analisadas no estudo realizado, no ano de 2017, para a avaliação da Rede Cegonha, coordenado pela Fiocruz e pela Universidade Federal do Maranhão, na implantação de boas práticas de assistência ao parto e nascimento. Em 600 maternidades públicas ou conveniadas ao SUS que aderiram ao projeto foram observados avanços no atendimento obstétrico em comparativo ao estudo Nascer Brasil, realizado nos anos de 2011-2012. Nos dois estudos, foram utilizados os mesmos critérios de pesquisa, o que permitiu melhor consistência nos dados comparativos (Leal *et al.*, 2019).

De acordo com a leitura apresentada por Leal *et al.* (2019), no manejo durante o trabalho de parto, ocorreu um aumento do uso do partograma, de métodos não farmacológicos para o alívio de dor, da possibilidade de deambulação e da permissão de ingestão de líquidos e alimentos, bem como maior presença de acompanhante. Também, a redução de práticas intervencionistas não recomendadas durante o parto vaginal. De acordo com Leal *et al.* (2019), os estudos têm demonstrado impactos positivos nos resultados no trabalho de parto e parto, reduzindo intervenções desnecessárias, número de cesarianas e melhores resultados perinatais.

Dados trazidos pelo estudo trazem os comparativos por região, os quais demonstram melhorias nas boas práticas obstétricas em todas as macrorregiões do país e redução das práticas não recomendadas no atendimento, com avanços consideráveis nas regiões Norte e Nordeste (Leal *et al.*, 2019). Entretanto, as menores taxas de utilização de boas práticas continuam a incidir sobre as mulheres que se autodeclararam pretas (ENSP-FIOCRUZ, 2021). Apesar dos avanços, a pesquisa identificou problemas, dentre eles a comunicação da atenção primária com a maternidade, trazendo consequências aos cuidados, necessidade de melhor qualificação de profissionais, na melhoria no atendimento de gestantes portadoras de deficiências, mulheres negras e pardas, em que persistiram algumas diferenças no comparativo com as gestantes brancas (ENSP-FIOCRUZ, 2021; Alves *et al.*, 2021).

Em que pese toda estruturação das políticas públicas pela perspectiva da humanização e do protagonismo das mulheres, enfatizando a garantia dos direitos

reprodutivos a elas inerentes e o próprio direito à saúde, identificado na assistência de qualidade durante o pré-natal, parto e puerpério, ocorreu a reformulação das redes de assistência. A Rede Cegonha foi substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), instituída através da Portaria n. 715 de 04 de abril de 2022 (Brasil, 2022a) e da Portaria n. 2.228 de 01 de julho de 2022 (Brasil, 2022b), que dispôs sobre a habilitação e financiamento da nova rede de atenção obstétrica, justificando a reestruturação em razão da, ainda, alta taxa de mortalidade materna e neonatal, em desacordo com o compromisso assumido pelo Brasil para Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁷.

Segundo o Relatório de análise de impacto regulatório, realizado pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2022c), a RAMI teve como objetivo a reestruturação da Rede Cegonha, para dar maior efetividade na assistência à saúde, alegando falha nas políticas públicas implementadas, desatualização e desorganização na estrutura da rede, falta de qualificação dos profissionais, levando a malversação dos recursos públicos e precariedade dos serviços prestados pelo SUS. Diferentemente da Rede Cegonha, a RAMI estruturou suas diretrizes em seis componentes: atenção primária à saúde, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar, sistemas de apoio, logísticos e de governança. Outrossim, enquanto a Rede Cegonha baseava a atenção nas diferentes etapas do ciclo gravídico-puerperal e planejamento reprodutivo, a RAMI se estrutura no modelo de rede de atenção à saúde, voltado para as condições crônicas (Mortelaro *et al.*, 2024).

O estudo de Mortelaro *et al.* (2024) evidencia que a estruturação da RAMI, contudo, não trouxe apenas a reformulação ou aprimoramento na Rede Cegonha. Seu impacto está na mudança de paradigmas que vinha sendo construída pelas políticas anteriores, iniciadas no PNAISM, principalmente, o enfoque de gênero, um dos princípios basilares dessa política. Observa-se este viés ao analisar os sujeitos de assistência, sendo mulheres em idade fértil, para as quais foram direcionadas a atenção e a garantia de acesso a métodos contraceptivos.

Desse recorte, resulta-se o deslocamento de uma abordagem de promoção da saúde sexual e reprodutiva direcionada a toda a população, restringindo-se ao espectro da saúde materno-infantil (Mortelaro *et al.*, 2024, p. 05).

Os autores complementam que, apesar de estarem previstas ações de planejamento familiar e sexualidade responsável, todas estavam direcionadas ao mapeamento de mulheres em idade fértil e o acesso aos métodos contraceptivos exclusivamente a elas, rompendo com diretrizes da PNAISM.

Nesse sentido, a Rami configura uma proposta mais semelhante a um regime de atenção à saúde da mulher anterior às reverberações das reivindicações feministas

⁷ O Brasil se comprometeu em reduzir a taxa de mortalidade materna em 30 para casa 100 mil nascidos vivos. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Entre%20os%20compromissos%20feitos%20pelo,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos.>

na concepção das políticas de saúde direcionadas a essa parcela da população, que marcou a década de 1980. (Mortelaro *et al.*, 2024, p.05).

A RAMI retira dos seus princípios o enfoque de gênero e as garantias dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens e adolescentes, conforme era previsto na Rede Cegonha, que trazia todo processo de construção de garantias dos direitos das mulheres, pautas reivindicatórias e compromissos assumidos em acordos internacionais. Ao retirar o enfoque de gênero da construção da política pública, o Estado brasileiro se omite das relações assimétricas em que são construídas as relações sociais (Mortelaro *et al.*, 2024).

Não diferente foi em relação aos agentes de assistência, na medida em que centralizou, nos médicos, os serviços de atenção ao pré-natal e parto, o que remonta à perspectiva patológica do parto.

A Rami, por sua vez, é uma rede de atenção cuja estrutura reflete uma ênfase no risco gestacional, operando, de partida, uma clara ruptura entre os locais e os agentes da atenção ao baixo e alto risco gestacional. Além disso, a estruturação dos serviços de atenção à gestação de baixo risco parte do princípio de que todo trabalho de parto tem o potencial de ser um evento patológico (Mortelaro *et al.*, 2024, p.11).

Em resumo, é possível argumentar que, mesmo afirmando primar por uma atenção humanizada, em sua redação, a RAMI propaga uma proposta retrógrada, descontinuando uma luta de décadas dos feminismos pelos direitos reprodutivos. Contribui para perpetuar a violência de gênero e naturalizar a violência obstétrica, em uma relação vertical e patológica da assistência à saúde das gestantes e puérperas. Não obstante, a RAMI apresentar consideráveis modificações, na prática, não foi bem recebida pelos gestores, em razão de não ter havido uma pactuação tripartite anterior. Sem discussão com Estados e Municípios, não foi recepcionada em muitos Estados da Federação (CONASS)⁸. Ademais, sua execução foi breve, posto que, no início do ano 2023, foi revogada pela Portaria de n.13 de 13 de janeiro de 2023 (Brasil, 2023), quando houve a reprivatização das portarias anteriores.

Recentemente, ocorreu a reestruturação da Rede Cegonha, por meio da Rede Alyne⁹, através da Portaria n. 5.350 de 12 de setembro de 2024 (Brasil, 2024). Com nova nomenclatura e com pactuação tripartite entre os entes federados, a Rede Alyne complementou e atualizou as diretrizes da Rede Cegonha, objetivando seu aperfeiçoamento nos pontos que necessitavam de maior atenção. Dentre as principais modificações trazidas pela Rede Alyne, destacam-se a integração entre a maternidade e a Saúde da Família e a

⁸ Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>

⁹ O nome Rede Alyne é em homenagem a Alyne da Silva Pimentel Teixeira, vítima de violência obstétrica e primeiro caso de condenação de um país no Comitê CEDAW, por morte materna. Com a condenação em 2011, o Brasil assumiu os compromissos com a CEDAW de reduzir as mortes maternas evitáveis.

ampliação do Complexo Regulatório do SUS, com uma equipe especializada em obstetrícia. Um dos pontos característicos da Rede Alyne é reafirmar a Lei n. 11.634/2007, garantindo vagas para atendimento, com prioridade para a mulher que precisa de suporte no deslocamento para a maternidade, bem como a reestruturação das equipes especializadas no atendimento materno e infantil.

É possível observar os novos marcadores apresentados na Rede Alyne nas alterações ocorridas em suas diretrizes, ao acrescentar, no artigo 2º da Portaria, a promoção da equidade, observando as iniquidades étnico-raciais; a preocupação das gestantes em situação de rua, a adoção de práticas baseadas em evidências em toda a rede de atenção à saúde e reafirmar a garantia de acompanhante de livre escolha da gestante nos serviços de saúde (Brasil, 2024). Entre os objetivos está a necessidade de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, enfatizando a preocupação com a população negra e indígena (Brasil, 2024). Em razão das altas taxas de mortalidade, apresentadas a partir dos anos de 2021, e os objetivos traçados na Portaria, a Rede Alyne tem como finalidade diminuir a mortalidade materna em 25% até 2027 e da mortalidade materna de mulheres negras em 50%, neste mesmo período, para atingir a meta proposta pela agenda do milênio ODS 2030¹⁰.

De igual modo, ressalta a necessidade do trabalho de forma integrada ao Planejamento Regional Integrado, considerando as especificidades, o perfil epidemiológico e a capacidade dos diferentes territórios (Brasil, 2024, art. 5º). A Rede Alyne além do pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico, também, incorporou o sistema de apoio e o sistema de governança (Brasil, 2024, art. 6º).

O pré-natal, além da Unidade Básica de Saúde (UBS), está constituído por ambulatório especializado e Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR). Foram incorporados outros exames ao pré-natal, estratificação de risco da gestação, a realização de sete consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, vinculação entre a gestante e a maternidade que ocorrerá o parto e no atendimento a eventuais intercorrências na gestação, cuidado à saúde bucal da gestante, atualização do calendário vacinal. A este componente, foram incorporadas políticas educativas com o estímulo a participação de acompanhante gestacional no pré-natal, oferta de grupos de gestantes para preparação para o parto, puerpério, amamentação e cuidados com a criança, dentre outras. Acrescentados os parágrafos 2º e 3º, que garantem o acesso aos serviços da rede às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, bem como o atendimento as gestantes em situação de rua (Brasil, 2024, art. 7º).

O componente parto e nascimento apresentou e esclareceu os cinco pontos de atenção, sendo eles: Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi) e Centro de Parto

¹⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>.

Normal peri-hospitalar (CPNp); a maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos; a maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco; a unidades de cuidado neonatal; e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), que se apresenta como uma residência provisória de cuidados para gestantes, puérperas e neonatos em situação de vulnerabilidade ou risco (Brasil, 2024, art. 7ºA).

Quanto ao componente puerpério e atenção integral à saúde da criança, a portaria apresentou os seguintes pontos de atenção: a Unidade Básica de Saúde (UBS) para atenção à saúde da puérpera, do recém-nascido e da criança na APS; o Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança (A-SEG), responsável pelo acompanhamento de crianças de alto risco; e o Banco de Leite Humano (BLH), local de referência em amamentação, reunindo coleta, processamento e distribuição de leite materno para bebês prematuros e de baixo peso (Brasil, 2024, art. 7ºB). Entre as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de atenção primária, reafirma a orientação e a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, bem como o acompanhamento da puérpera e da criança até dois anos de idade e busca ativa e acompanhamento da mulher e da criança (Brasil, 2024, art. 7ºB).

O sistema logístico destaca-se o transporte inter-hospitalar, fortalecendo e integrando os diferentes pontos de atenção da rede. Para coibir peregrinações de gestantes entre as maternidades, a Portaria determina:

III- utilizar a regra "Vaga Sempre" de modo que toda gestante, em qualquer idade gestacional, toda puérpera com critério de admissão hospitalar e todo recém-nascido grave ou potencialmente grave, tenha sua vaga de internação garantida, considerando a vinculação aos pontos de atenção e a garantia de transferência segura na impossibilidade de internação na unidade em que foi vinculada; (Brasil, 2024, art. 7ºC).

Ainda, sobre o sistema logístico, houve a definição de ações estratégicas com a estruturação de equipes especializadas em atendimento materno e infantil em período integral, para regular os serviços de saúde, que deverá priorizar os atendimentos de acordo com a complexidade do atendimento, e ainda, a garantia de equipe qualificada para gestante, puérpera e recém-nascido durante o traslado inter-hospitalar (Brasil, 2024, art. 7º C, §2º).

Já o sistema de apoio consiste no apoio diagnóstico terapêutico, assistência farmacêutica e o sistema de informação à saúde, para monitorar e avaliar a Rede Alyne, através dos indicadores de saúde (Brasil, 2024, art. 7ºD). Por fim, o sistema de governança objetiva monitorar, avaliar e direcionar a gestão compartilhada da rede, fomento a qualificação do cuidado no ciclo gravídico – puerperal e da criança, incentivando a construção do modelo de cuidado humanizado, apoiando os Estados, Municípios e Distrito Federal na implementação da rede e acompanhando e avaliando a implementação, considerando a necessidade, a demanda, a oferta de serviços de saúde (Brasil, 2024, art.

7ºE).

Em entrevista, disponível no Youtube¹¹, a Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, Aline Costa falou sobre razões para a ampliação e atualização da Rede Cegonha, afirmando que no Brasil ainda incidem as desigualdades raciais e sociais, o racismo institucional, o subfinanciamento da rede, dificuldade de acesso e qualidade na Atenção Básica para o cuidado integral, além de baixa vinculação entre os serviços e fragilidade no monitoramento.

Segundo Aline Costa, há necessidade de enfrentamento da iniquidade racial. De acordo com os levantamentos apresentados pela entrevistada, no ano de 2022, a mortalidade materna entre a população branca esteve 50 para cada 100 mil nascidos vivos, já entre a população preta estes índices subiram para 110 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Além disso, há uma preocupação com a população indígena, em razão do aumento significativo de mortes de mulheres indígenas, atingindo, em 2022, 78 para cada 100 mil nascidos vivos.

Para tanto, de acordo com a entrevistada, a proposta da Rede Alyne está na distribuição mais equitativa de recursos para redução das desigualdades regionais e raciais, ampliação da infraestrutura nos locais mais precários e com maiores deficiências de assistência. Argumentou sobre necessidade de estudos nas macrorregiões para implementação das infraestruturas nas áreas mais vulneráveis, atendendo os critérios iniciais, onde se concentram: maiores índices de mortalidade materna, vulnerabilidade socioeconômica, proporcionalidade regional, considerados vazios existenciais, e o número de nascidos vivos de crianças pretas, pardas e indígenas.

Assim, a Rede Alyne se constitui a partir de uma perspectiva interseccional, buscando alternativas que visem melhorar a assistência materno-infantil, reconhecendo que as opressões de gênero, de raça/etnia, desigualdade social, faixa etária, entre outras, estão engendradas na violência obstétrica. A Rede Alyne é a mais recente política pública de um contínuo trabalho, iniciado com a PNAISM em 2004, que traçou os compromissos do Estado brasileiro com as ações da saúde das mulheres, com enfoque no gênero e na integralidade e na humanização no atendimento. Atendendo aos compromissos firmados internacionalmente, bem como as estratégias firmadas pelo Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, as políticas públicas foram se delineando tendo como parâmetro os altos índices de mortalidade materna que, passados vinte anos, ainda, dão causa para seu enfrentamento.

5. Considerações finais

¹¹ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>

O artigo procurou demonstrar como a assistência à saúde obstétrica e neonatal se desenhou após a implementação da PNAISM, que trouxe um novo olhar sobre a saúde das mulheres, traçando as diretrizes para qualificar a assistência dentro da perspectiva da interseccionalidade que as atravessam. A PNAISM evidenciou a necessidade da construção de assistência à saúde das mulheres pela perspectiva da integralidade e humanização, bem como observando os diversos fatores que contribuem para desenvolvimento das doenças nas mulheres.

Fazendo um recorte para a saúde reprodutiva, mais especificamente sobre a assistência obstétrica, a PNAISM enfatizou a necessidade de ações voltadas para redução da mortalidade materna e neonatal, altas taxas que revelam um Estado com graves desigualdades e com falhas na assistência materna e neonatal. Posteriormente, foram promulgadas as leis pelo Poder Legislativo e diversas portarias pelo Ministério da Saúde, em sua maioria, abarcando os princípios e diretrizes da PNAISM, no que se refere ao protagonismo e autonomia das mulheres na assistência obstétrica e neonatal. Assim, implementando as diretrizes contidas no PNAISM, a Rede Cegonha trouxe avanços significativos na assistência obstétrica e neonatal, partindo de uma assistência iniciada no pré-parto, passando pelo parto e puerpério e aos neonatos. A Rede Cegonha foi se aperfeiçoando através das portarias a ela incorporada, resultando na diminuição da violência obstétrica, conforme lido nas pesquisas apresentadas, com a diminuição de procedimentos invasivos e o aumento dos métodos baseados em evidências.

A violência obstétrica é um tema conceitual recente, embora considerada também uma violação aos direitos reprodutivos das pessoas que gestam, o termo ainda é pouco utilizado nas propostas de políticas públicas. Porém, a violência, embora não conceituada, marca os corpos e se traduz em inúmeros. Observando as inúmeras portarias e leis promulgadas nestes últimos vinte anos, fica evidente que a violência obstétrica interliga todas as ações que dão causa às mortes evitáveis. Para reduzir as altas taxas de mortalidade, o Estado brasileiro teve que incorporar a dimensão da justiça reprodutiva, isto porque, os dados levantados evidenciaram como a mortalidade materna encontra as mulheres de forma distinta de acordo com a raça, faixa etária, região ou condição socioeconômica. Realizar políticas públicas mais assertivas que interseccionam esses marcadores é o desafio que marca a Rede Alyne.

Entretanto, é importante frisar a fragilidade dos direitos reprodutivos das mulheres e aqui enfatizando o enfoque gênero, autonomia e protagonismo, quando observado como as políticas públicas podem ser esvaziadas por programas de governo. A RAMI, por exemplo, rompeu com os princípios da PNAISM, trazendo políticas atendendo a uma política de extrema direita retrocedendo a modelo de assistência patológico. Ao lançar luz sobre o médico, retira da mulher o seu protagonismo, alimentando uma relação de

dominação e subjugação entre médico e paciente. Uma relação de hierarquia que reflete as relações de gênero, que os feminismos lutam para extinguir. Portanto, é necessário o fortalecimento da Rede Alyne elevando ao entendimento de política de Estado, como consolidação das lutas e reivindicações dos feminismos. Este passa a ser o desafio da sociedade e em especial dos movimentos sociais.

Referências bibliográficas

ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto, *et al.* Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha Artigo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. Volume: 26, Número: 3, Publicado: 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2021.v26n3/>. Acesso e: 14 nov. 2024.

BRASIL. **Lei n 11.108, de 07 de abril de 2005a.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. **Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em 14 set. 2023.

BRASIL. **Lei 11.942 de 28 de maio de 2009.** Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. **Lei de n. 13.257 de 08 de março de 2016a.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art19 . Acesso em 03 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS.** Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/> Acesso em 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao->

Zanatta & Salvaro

Políticas públicas no âmbito da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (2004): mapeando ações de prevenção à violência obstétrica

[interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2004/marco/2-a-pacto-reducao-mortalidade.pdf](#). Acesso em 31 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1067 de 04 de julho 2005b**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obsttrica-e-neonatal-2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.187 de 13 de julho de 2005c**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187_13_07_2005_comp.html. Acesso em 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.442 de 09 de dezembro de 2005d**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2442_09_12_2005.html. Acesso em 16 nov. 2024.

BRASIL- Ministério da Saúde- Agência Nacional de Vigilância Sanitária- **Resolução 36 de 03 de junho de 2008**- Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em 03 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**-Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1459 de 24 de junho de 2011a**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 650 de 05 de outubro de 2011b**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013b**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os

Zanatta & Salvaro

Políticas públicas no âmbito da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (2004): mapeando ações de prevenção à violência obstétrica

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. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 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. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016b**. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html. Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017b**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html. Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 03 de 28 de setembro de 2017a**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715 de 04 de abril de 2022a**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/PORTARIA-795-RAMI.pdf>; Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.228 de 01 de julho de 2022b**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html. Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 13 de 13 de janeiro de 2023**. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html. Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 5.350 de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne**- Governo Federal lança nova estratégia para reduzir mortalidade materna em 25% até 2027. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendação n. 179c**. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf. Acesso em 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Ciclos da Vida relatório análise de impacto regulatório**. 2022c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/04.04.2022%20%20PRT%20GM%20715.2022.pdf. Aceso em 15 nov. 2024.

CARVALHO, Silas Santos, OLIVEIRA, Bruno Rodrigues de, MACÊDO, Leaine Almeida. **Percepção de puérperas sobre a Lei do Acompanhante**. RBPS [Internet]. 27º de abril de 2021;22(3):46-54. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28108>. Acesso em 02 nov. 2024.

CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de. Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica. CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Lumen juris, 2019.

CONASS- Conselho Nacional de Secretária de Saúde. **Nota Conjunta CONASS/CONASEMS: Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>. Acesso em 16 nov. 2024.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.19, n.2, p.313-326. São Paulo, 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2822009000200012. Acesso: 22 nov. 2024.

ENSP-FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**- Grupo de Pesquisa saúde da mulher, da criança e do adolescente. A peregrinação para admissão. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em 20 nov.2024.

ENSP-FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**. Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha. 2021. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf. Acesso em 22 nov. 2024.

FATTORELLI, Máira. Mortalidade materna: precariedade e invisibilidade. In.: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org). **Violência obstétrica em debate- diálogos disciplinares**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

FNS- Fundo Nacional de Saúde. **Programa Saiba a fundo**. Rede Alyne - Por uma Gravidez Segura e Redução da Mortalidade Materna. Disponível em: <https://www.youtube.com/live/upqhJnPrzo?si=zOxO99c4StSb60sa>. Acesso em 16 nov. 2024.

FREITAS, Giselle Lima *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem-UFG**, v. 11 n. 2, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053/23082>. Acesso em: 01 nov. 2024.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/#> . Acesso em 13 set 2023.

LEAL, Maria do Carmo, *et al.* **Nascer no Brasil II**: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023 -Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. Rio de Janeiro. 2023. <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em 22 mar 2024.

LEAL, Maria do Carmo; *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Escola Nacional de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz; Volume: 35; Issue: 7. 2019. Disponível: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez318.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaror.html?task=detalhes&source=&id=W2963675124>. Acesso em: 09 nov. 2024.

MORTELARO, Priscila Kiselar, *et al.* Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**; Volume: 48; 2024. Disponível em: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez318.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaror.html?task=detalhes&source=&id=W4394570827>. Acesso em: 15 nov. 2024.

OMS- Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre as taxas de cesáreas**.

Zanatta & Salvaro

Políticas públicas no âmbito da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (2004): mapeando ações de prevenção à violência obstétrica

2015

Disponível

em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 23 nov. 2024.

UNFPA. **A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso.** 2022. Disponível em: <https://brasil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Entre%20os%20compromissos%20feitos%20pelo,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos>. Acesso em 23 nov. 2024.

VIELLAS, Elaine Fernandes, DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, DIAS, Marcos Augusto Bastos, GAMA, Silvana Granado Nogueira da, THEME FILHA, Mariza Miranda, COSTA, Janaina Viana da, BASTOS, Maria Helena, & LEAL, Maria do Carmo. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(Suppl. 1), S85-S100. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 04 nov. 2024.