

Anais do Congresso Latino-Americano de Gênero e Religião

anais.est.edu.br/genero

ECOLOGIA | ECONOMIA | ECUMENISMO

ECOLOGIA | ECONOMIA | ECUMENISMO



REDE CEGONHA: INTEGRALIDADE NA SAÚDE DA MULHER

Stork Network: integrality in women's health

Lídia Oliveira Magalhães

Resumo

O presente trabalho objetiva apresentar a Rede Cegonha como modo de implantação de serviços integrados do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção à saúde da mulher. E pretende-se expor algumas fragilidades que interferem no alcance desse objetivo. O método utilizado é bibliográfico com interpretação analítica dos dados coletados. Apresenta possibilidades na formação de redes de atenção a mulher em seus diversos níveis de ações, se considerando as diversidades e necessidades sociais, culturais e religiosas do grupo materno infantil atendido.

Palavras-chave: Mulher. Rede de atenção à saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

Abstract

This paper aims to present the Stork Network as a way of implementation of integrated services of the Unified Health System (SUS) in the health care of women. And it is intended to expose some fragilities that interfere in the attainment of this goal. The method used is bibliographical with analytical interpretation of the data collected. Please do not use google translator. It presents possibilities in the formation of networks of attention to women's health in their different levels of actions, considering the diversities and social, cultural and religious needs of the mothers and children attended.

Keywords: Woman. Health care network. Unified Health System (SUS).

Considerações Iniciais

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são sistemas de atenção integradas de saúde que permitam atender ao indivíduo que faz uso do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua integralidade. Propiciam ao usuário SUS, através de seus arranjos organizativos, ações que são desempenhadas por equipes multidisciplinares, ofertando serviços com níveis variados

de complexidade que abrangem a atenção primária, a atenção secundária e a atenção terciária.

A atenção primária é a porta de entrada do SUS. Em geral, acontece em Unidades Básicas de Saúde. Conceitualmente, implica no exercício de seus atributos tanto de forma individualizada como como de abrangência coletiva. São eles: o primeiro contato (acessibilidade e acolhimento em seu cotidiano), longitudinalidade (aporte regular de cuidados), integralidade (prestação de um conjunto de serviços que atendam as necessidades de uma população adscrita), coordenação (garantia da continuidade da atenção), focalização na família (abordagem que envolva os familiares e suas necessidades específicas), orientação comunitária (para prevenção e esclarecimento) e competência cultural (respeito aos hábitos e costumes locais).

Este modo de atuação vem de encontro aos desafios propostos como atenção primária em saúde, como dito pela Organização Mundial de Saúde:

A conferência Alma-Ata definiu a Atenção Primária em Saúde como 'cuidados baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente e socialmente aceitáveis na comunidade dos indivíduos e às suas famílias, com sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e de autodeterminação'¹.

A interpretação da atenção primária de saúde no Brasil é a Estratégia de Saúde de Família. O trabalho é desempenhado por equipe formada por agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico. Pode também agregar outros profissionais de saúde de graduação superior como dentista, fisioterapeuta ou psicólogo, opcionalmente.

Processo histórico das redes de atenção à saúde

A concepção do modelo das redes de atenção à saúde remonta ao início do Século XX. O Reino Unido, na década de 1920, após I Guerra Mundial, elabora, como resultado de um grande debate público, o Relatório Dawsons. Este documento propõe, àquela época, mudanças no sistema de proteção social, sugerindo a organização de sistemas regionalizados de saúde.

¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979. p. 14.

Desta maneira, este arranjo organizacional deveria atender eficazmente as necessidades da sociedade, oferecendo, em centros de saúde e em âmbito residencial, cuidados de prevenção e procedimentos terapêuticos que fossem acessíveis à toda população. Por algum tempo estas concepções tiveram pouco apoio e adesão.

Com a criação da Organização Mundial de Saúde em 1946, em meio a devastação causada pela recém encerrada II Guerra Mundial, a sociedade mundial encontra motivação para estabelecer novos parâmetros e significados para o que se considera saúde.

A definição mais conhecida de saúde encontra-se na Constituição de 22 de julho de 1946 da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em seu preâmbulo é citado: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas da ausência de doenças.”² Tais conotações contextuais trazem embutidas as implicações sociais, legais e até mesmo econômicas que influenciam os aspectos que envolvem as doenças e a ausência destas.

À época, devido a grande devastação que afetava as sociedades, mundialmente, foi observado que as condições que permitiriam a melhora da qualidade de vida da população implicavam, entre outras medidas, de possibilitar a melhora da acessibilidade ao sistema de saúde. E a OMS expõe tal objetivo no Capítulo I, artigo 1 de sua constituição: “O objetivo da Organização Mundial de Saúde será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado possível.”³

Um novo marco acontece em 1978, quando na Conferência Alma-Ata, o embate traz as possibilidades de avanços sociais com a reestruturação dos sistemas de saúde, na concepção da Atenção Básica. Porém, surgem também críticas quanto à sua seletividade, devido a grandes dificuldades de integração de suas ações com os demais níveis de atenção.

Até a década de 1980, as políticas públicas de saúde no Brasil eram desenvolvidas de forma segmentar, inadequada e pouco resolutiva. Como dito por Mattos:

De fato, nos anos setenta, o sistema de saúde se estruturou de modo polar: de um lado o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) se ocupou das ações assistenciais, organizando os serviços para responder à demanda espontânea; de outro, o Ministério da Saúde, naquele arranjo, deveria se ocupar daquelas outras necessidades de saúde pública. A criação do SUS modificou esse arranjo institucional, mas não necessariamente transformou as práticas dos

² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 22 de julho de 1946.

³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946.

serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como o texto constitucional⁴.

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, em seu Artigo 6 diz que todo brasileiro tem direito à saúde. Diz também que é dever do Estado desenvolver ações e serviços em saúde, conforme consta no Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos 196 a 200⁵.

O Brasil assume oficialmente sua posição de coerência frente a OMS quando inclui na Constituição Federal de 1988 a responsabilidade governamental pela saúde, e absorve as funções propostas por aquela entidade, entre elas de promover o bem-estar social, propiciar a aptidão do indivíduo viver harmoniosamente em seu meio, a implantação de medidas favorecedoras de higiene e saneamento e o desenvolvimento de programas que privilegiem atividades de atenção à saúde e de prevenção às doenças.

É instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis Federais n.8080 de 1990 e n.8142 de 1990. É um conjunto de ações e serviços que propõe a atender as necessidades de saúde da população em seus diversos níveis de complexidade. Seus princípios são o acesso universal às ações de saúde, a sua integralidade e a sua equidade no direito à estas. Assim como prioriza a sua descentralização e permite a instituição do controle social.

A proposta de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) surge a partir da necessidade premente de fazer chegar à população, ou pelo menos tornar viável, a prestação de serviço especializado. A integração dos diversos níveis de atenção, tendo como foco suprir a necessidade de um determinado grupo populacional, surgiu da discussão da problemática por gestores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), organismos governamentais e representantes de atores sociais relevantes.

Por ser uma oferta de ações e serviços direcionado a grupos específicos previamente escolhidos, a RAS deve estar cumprindo a função resolutiva para aquela necessidade. E mesmo sendo algumas temáticas prioritárias e preferenciais para a saúde coletiva, nada impete que temas vistos como excepcionais possam ser causa de uma rede, caso assim seja acordado.

⁴ MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, vol. 5, no. 20, p. 1411-1416, 2004, p. 1413.

⁵ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988*. Brasília: Senado, 1988.

Rede de atenção à saúde e a atenção básica

A dinâmica da interação de diversos níveis de atendimento prestados ao usuário do SUS propõe a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Seu objetivo é oferecer atenção à saúde integral, de maneira qualificada e resolutiva. Sua instituição acontece por meio da publicação da Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde n. 4279 de 30 de dezembro de 2010⁶ e de Decreto Presidencial n. 7508 de 28 de junho de 2011⁷.

A partir disso, fica definido cinco redes temáticas prioritárias a serem implantadas. São estas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Como já dito, esta é a maneira encontrada de ofertar serviços de saúde através do SUS, com o qual se objetiva prestar uma atenção integral e de qualidade que seja resolutiva e regionalizada. Deve proporcionar diversos pontos de atenção específica aos usuários, de maneira a atender e respeitar as necessidades e costumes de uma específica população adscrita.

Este jeito mantém próximo ao universo de vida àqueles indivíduos que precisam de atenção e cuidado. Assim como vem de encontro as mudanças que se fazem necessárias para que se crie um sistema de cooperação entre governo federal, estado e município.

A construção de um processo centrado na figura do usuário deve estar conectado com as possibilidades de intervenções que sejam realmente necessárias e passíveis de realização. Somente assim se torna viável proporcionar o acesso a serviços de qualidade, resolutivos e que possibilitem manter próximo ao seu espaço de vida àqueles que destes precisem fazer uso.

Os arranjos organizacionais das ações de saúde do SUS conhecidos como RAS se apresentam como serviços facilitadores de acesso à saúde, sendo então garantidores de equidade aos que destes precisem. Estes sistemas ofertam o apoio técnico, a logística e a

⁶ BRASIL. *Portaria do Gabinete do Ministro de Saúde n. 4279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 31 dez. 2010.

⁷ BRASIL. *Decreto presidencial n. 7508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 29 jun. 2011.

gestão para a oferta de variadas modalidades da assistência, com diferentes densidades tecnológicas.

A implementação das redes torna possível uma melhoria na produção de saúde, abrangendo diversos níveis de complexidade de atenção ao indivíduo. É considerado um avanço no processo da acessibilidade ao usuário do SUS, de modo a atender a este com maior eficácia, eficiência e efetividade.

Desta forma, a RAS propõe uma mudança de modelo de atenção à saúde. Afasta a ideia de prestação de serviço de saúde fragmentado e isolado, estando desconectado das necessidades e da realidade do usuário. Propõe ações interligadas horizontalmente, priorizando a integração de cuidados e serviços e valorizando o papel da Atenção Básica no processo.

Se a RAS se posiciona como a busca da integralidade do cuidado à saúde, a Atenção Básica, em seu papel de atenção primária e porta de entrada do SUS, é a sua base, se constituindo como a ordenadora do cuidado integral.

A RAS tem em sua essência a articulação e a conexão dos diversos níveis de complexidade de cuidados e serviços específicos. Isto ocorre porque a validação e valorização de cada ação de saúde está interligada a todas outras as quais a rede possa disponibilizar, sem que nenhuma delas funcione como pré requisito. Sendo assim, a escolha da proposta de atenção, diagnóstico ou terapêutica é única e individualizada e não patronizada.

A RAS deve estar voltada para as necessidades da população de um determinado espaço regional e deve ser objetivada de modo a provisionar uma atenção contínua, integral, qualificado e humanizado. A sua organização deve cumprir critérios de eficiência na aplicação dos recursos disponíveis a partir do planejamento e da gestão financeira e integrar os mais diversos graus tecnológicos aplicáveis à saúde.

O correto estabelecimento das prioridades de uma determinada área adscrita proporciona uma prática de gestão adequada e viável economicamente. Isto evita que haja o desperdício financeiro e a inadequação na oferta de serviços e recursos a serem disponibilizados.

Cabe à Atenção Básica estabelecer os critérios a serem definidos como prioritários. E, como se desenvolve a partir de um trabalho multidisciplinar, está sujeito a observação dos

diversos profissionais envolvidos, independente do nível ou contato com a população atendida.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada para os serviços de saúde. E, por estar próxima aos usuários, é a base necessária para a detecção das necessidades observadas em uma área adscrita. Assim sendo, participa ativa e diretamente na escolha das ações e serviços a serem desenvolvidos na RAS a ser implantada.

A Atenção Básica, em seu papel de coordenadora do cuidado de saúde e de ordenadora do fluxo de usuários, atua no acolhimento e vinculação da população e na ampliação do acesso aos serviços e cuidados. Também promove a implantação de diretrizes clínicas a partir dos riscos identificados.

A integralidade como objetivo da RAS

A integralidade do processo de saúde em seus diversos níveis de complexidade objetiva que o indivíduo assistido ganhe qualidade de vida. Ela é construída como um conjunto de ações desempenhadas por um conjunto de profissionais de saúde, com suas mais variadas formações acadêmicas, em diversos espaços de atuação.

No cotidiano, pode ser sentido como o trabalho instituído através da construção das interações multidisciplinares. Isto é traduzido como os aspectos significativos de habilidades e competências que influenciam e refletem na oferta de ações e serviços nos diversos níveis de complexidade.

O entendimento do binômio saúde-doença, em respeito às necessidades específicas de um grupo populacional determinado, indica qual será a melhor RAS a ser formada. Para tanto, as possibilidades que dizem respeito ao indivíduo, seja em sua singularidade ou em seu coletivo, sofrem a influência das relações sociais, do trabalho, das condições ambientais, das ligações emocionais, dos aspectos de cidadania e da espiritualidade, inclusive.

A compreensão da integralidade, por parte da população assistida, é aquela que vem a cumprir as necessidades pessoais. Como dito por Mendes Gonçalves, “[...] as necessidades do ser humano não são quaisquer, aparecem como aquilo que precisa necessariamente ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser.”⁸

⁸ MENDES GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidade*. São Paulo: SMS-SP/Centro de Formação de Trabalhadores de Saúde, 1992.

Assim sendo, individualmente, a integralidade se apresenta de forma não casual. Supre carências específicas em relação a uma determinada motivação em um segmento temporal, não correspondendo a existência de uma resposta adequada a todos, porém devendo gerar um processo de cuidados, de forma exclusiva, a ser ofertado a todos.

Para a atenção em saúde, a integralidade do SUS corresponde ao acesso de seu usuário a todos os níveis de complexidade de ações e serviços de saúde disponibilizados. Corresponde a uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar que se utiliza dos mais diversos graus de tecnologias.

A Rede de Atenção de Saúde (RAS) pode ser considerada como a prática utilizada a atender a necessidade do SUS de oferecer integralidade. É um conjunto de ações de cuidados de saúde, com serviços que ofertam prevenção, diagnóstico e tratamento. São práticas desenvolvidas em espaços específicos que devem proporcionar resolutividade e qualidade de atenção, se utilizando de instrumentos e profissionais multidisciplinares, podendo inclusive incluir outros saberes como antropologia e sociologia para cumprir sua finalidade.

Na RAS, sobretudo na Atenção Básica onde o cuidado em saúde acontece principalmente através da Estratégia de Saúde da Família, existe uma grande interação multidisciplinar, com significativo trabalho interdisciplinar. A proximidade da equipe que atua em Unidade Básica de Saúde com os indivíduos usuários do SUS em uma área adstrita, ajuda a definir as necessidades da coletividade, tornando possível como e qual rede pode ser definida, a partir das prioridades.

Uma vez priorizada o modelo de RAS a ser implantada, mesmo que o indivíduo siga em acompanhamento em outros níveis de atenção, este continua sob supervisão da Atenção Básica. Isto acontece porque as relações de confiança criadas entre os profissionais de saúde que atuam na comunidade e o usuário do SUS se processam voltadas ao diálogo, com a interpretação da escuta e percepção de confiabilidade e proximidade, gerando vínculos que se apoiam no diálogo entre as partes.

É este trabalho de confiança e proximidade com a equipe presente ao seu cotidiano que estimula a aceitação da necessidade do processo diferenciado de acompanhamento com ações de maior grau tecnológico. Nestes espaços especializados existe menos atuação individualizada, uma vez que o contato com o profissional especializado se dá com algum

distanciamento e existem protocolos a serem seguidos que dificultam o acesso irrestrito ao indivíduo.

A integralidade, em seus diversos níveis de complexidade, permite que tecnologias, que anteriormente eram ofertadas de forma fragmentada, passem a fazer parte de um processo em segmento evolutivo. Sendo assim, os cuidados de prevenção, diagnóstico e tratamento ficam garantidos em sua continuidade.

A integralidade permite que casos multidisciplinares, de evolução crônica, que necessite cuidados envolvendo níveis diferentes de atenção, em sua complexidade, encontrem opções em suas soluções. Este entendimento de que cada indivíduo é único pode ser visto na forma cuidadosa que esse usuário é percebida pela Atenção Básica, sendo esta a observadora das condições de vida e das interações sociais atendida.

A integralidade pode ser vista como o processo orientador das políticas e ações que, ao considerar o binômio envolvendo saúde e doença, considera a complexidade das dimensões biológicas, territoriais, culturais e sociais em sua abordagem de cuidado.

No cotidiano das ações da Atenção Básica, a integralidade, em seu papel como objetivo de qualificar o SUS, permite complementar os serviços adequados às prioridades a serem cumpridas, na possibilidade do cuidado.

A construção da integralidade do cuidado respeita os enfoques tanto individuais como coletivos. Sua premissa é atingir as objetividades e as subjetividades dos usuários SUS como um ser a ser cuidado em toda sua plenitude biológica, psicológica, espiritual e social.

É importante observar que nem sempre a objetivo da integralidade, assim como da Atenção Básica, é transformar medidas de prevenção em procedimentos que envolvam o uso de diagnósticos e tratamentos de alta tecnologia. O principal é possibilitar condições que melhorem sua qualidade de vida e aumentem sua autonomia e sua capacidade de reconhecer potencialidades e limitações, na possibilidade de criar e vivenciar a saúde.

A Atenção Básica, em particular a atenção primária, permite que integralidade se torne uma realidade plausível, uma vez que sua proximidade com a comunidade permite que os outros objetivos do SUS de equidade e de universalidade sejam atendidos. É este contato de proximidade que permite a identificação das carências, necessidades e possibilidades de um determinado grupo social.

A rede cegonha: seu papel na saúde integral

O papel social da integralidade ganha força, consistência e real necessidade quando o assunto é Rede Cegonha. A experiência que a mulher, seja qual for sua idade, vivencia durante a gestação e no pós-parto, deve estar amparada por uma estrutura que lhe permita que este momento, tão precioso, receba a atenção que lhe é devida.

A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS através da Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro n. 1459 de 24 de junho de 2011⁹. O proposto é uma composição de ações, medidas e aparato estrutural que garanta, através do Sistema Único de Saúde o acesso e o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção, de forma humanizada, na gravidez, no parto e no puerpério. Assim como abrange as condições voltadas à criança, como o direito ao nascimento seguro, o crescimento saudável e o desenvolvimento integral adequado, durante os dois primeiros anos de vida.

A Rede Cegonha objetiva fomentar e estimular os modos e as maneiras que permitam a implementação de uma atenção integral direcionada à mulher e aos dois primeiros anos das crianças. Para tanto, deve haver de processos acessibilidade e acolhimento capazes de garantir resolutividade e redução da morbidade e mortalidade materna e infantil, observando, em especial, os fatores influenciadores da saúde neonatal.

A Rede Cegonha está sendo implantada de forma pouco ordenada em todo território nacional. Isto vem ocorrendo gradativamente, uma vez que, para que tais ações e estruturas de atendimento ao usuário SUS aconteçam, é necessário empenho de gestão local e logística para construção de uma rede regionalizada eficiente.

A Rede Cegonha visa tornar operacional a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, criando a vinculação da gestante à sua unidade de referência. É garantindo a realização do parto e do nascimento da criança através de boas práticas de atenção, ofertando um novo modelo de serviços humanizados.

Através da Rede Cegonha as mulheres garantem o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada e à qualificação do acesso e de consultas e exames de pré-natal. E as crianças passam a ter garantias de um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento acompanhados de forma diferenciada até completar vinte quatro meses.

⁹ BRASIL. *Portaria do Gabinete do Ministro de Saúde n. 1459 de 24 de junho de 2011*. Dispõe sobre o plano de ação da Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União, 25 jun. 2011.

Considerações Finais

A implantação das Redes de Atenção tem sido um grande desafio. E a Rede Cegonha não é exceção. Os obstáculos são diversos e, por vezes, difíceis de ser transpassados. A atenção primária tem contribuído de forma constante ao acolhimento das mulheres que procuram as suas unidades de referência. Porém, por vivermos em um país de tamanho continental, as diversidades sociais, econômicas e culturais ainda são barreiras a serem vencidas. A de se considerar que a Rede Cegonha prioriza a assistência à gestante. Porém, é imprescindível lembrar que a atenção a ser dispensada inclui outras necessidades das mulheres, como a ajuda e orientação no planejamento reprodutivo. E também abrange o acompanhamento das crianças, de forma próxima, até os vinte e quatro meses de idade.

Atualmente, o frequente desabastecimento financeiro que muitos municípios estão vivenciando compromete a oferta de ações que se dediquem exclusivamente às redes e, por vezes, a terceirização dos serviços especializados, quando necessários, não são os mais adequados ou esbarram em grandes filas de espera para o atendimento. As dificuldades operacionais esbarram em aspectos diversos, inclusive políticos. Rotineiramente vemos a dissolução de serviços estabelecidos por uma gestão municipal quando existe mudança após processo eleitoral. Isto se deve, principalmente a interesses pessoais que nem sempre atendem às necessidades da comunidade.

É necessário que o reconhecimento às ações que beneficiem a coletividade tenham continuidade e reconhecimento do resultado obtido. A gestão e manutenção de serviços e ações eficientes tem efeito, à longo prazo, na qualidade de vida da população. Por vezes, é visto como solução mesmo que parcial, a parceria em as ações desenvolvidas por terceiros. Em Erechim, uma das entidades que tem acompanhado o desenvolvimento de crianças carentes até dois anos é a Associação Assistencial Madre Alix, entidade sem fins lucrativos que tem como mantenedora a associação espírita kardecista Cantinho da Luz. Criada em 16 de outubro de 2003, oferece além de acompanhamento educativo às crianças, apoio social às suas mães.

Tais elaborações assistenciais permitem a integração, ou reintegração, das mulheres que se encontram em situações de vulnerabilidade. Sendo assim, permitem que estas procurem de forma segura seu lugar na sociedade. Existe ainda um longo caminho a ser desenvolvido em prol de uma implantação da Rede Cegonha em todo território nacional.

Entretanto, as dificuldades a serem vencidas são justificadas, uma vez que implica na melhoria de critérios epidemiológicos, como aumento do acompanhamento pré-natal em gestantes, observação de grau de complexidade da gestação, aumento de partos naturais, diminuição de mortalidade materna durante o parto, aumento do número de mulheres que amamentam, menor mortalidade de recém-nascidos e menor mortalidade infantil.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988*. Brasília: Senado, 1988.

_____. *Portaria do Gabinete do Ministro de Saúde n. 4279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 31 dez. 2010.

_____. *Portaria do Gabinete do Ministro de Saúde n. 1459 de 24 de junho de 2011*. Dispõe sobre o plano de ação da Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União, 25 jun. 2011.

_____. *Decreto presidencial n. 7508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 29 jun. 2011.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, vol. 5, no. 20, p. 1411-1416, 2004.

MENDES GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidade*. São Paulo: SMS-SP/Centro de Formação de Trabalhadores de Saúde, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial de Saúde*, de 22 de julho de 1946.

_____; UNICEF. Cuidados primários de saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979.