



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no
Sistema Único de Saúde**

Amanda Fedevjcyk De Vico

**Rio de Janeiro
Abril de 2017**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no
Sistema Único de Saúde**

Amanda Fedevjcyk De Vico

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cynthia Magluta

**Rio de Janeiro
Abril 2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Vico, Amanda Fedevjcyk De.

Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde / Amanda Fedevjcyk De Vico. - Rio de Janeiro, 2017.

81 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Cynthia Magluta.

Co-orientadora: Maria Auxiliadora Mendes Gomes.

Bibliografia: f. 70-75

1. Avaliação em Saúde. 2. Centro de Parto Normal. 3. Rede Cegonha. 4. Enfermagem Obstétrica. 5. Implantação de Programas em Saúde. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pelo amparo, principalmente nos momentos em que minha força se esgotou, sem Ele eu não teria conseguido.

A minha família por me ensinar os valores essenciais de amor e de determinação, por sempre me guiar na caminhada da vida.

A minha orientadora Cynthia Magluta que sempre se mostrou presente, me deu as mãos e, por vezes, carregou-me no colo. Muita gratidão a você!

À Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes pela sua tranquilidade, paciência e sugestões certeiras.

Às mulheres da Coordenação Geral da Saúde das Mulheres, especialmente à Euzi e à Esther, por me enveredarem nesta intensa jornada.

A minha florida turma do mestrado: Soraya, Carla, Andrea, Luiza A, Luiza G, Amanda, Núbia, Liliane, Esther, Gilvani, Priscila e Renara. Obrigada por todos os momentos de apoio e companheirismo!

A minha grande amiga Marcelle e seu marido Daniel por me acolherem durante esses dois anos de maneira tão carinhosa. Foram momentos únicos e inesquecíveis!

À Carolinne, Livia e Dianne pela escuta, apoio e sempre me incentivarem a seguir em frente.

À linda Luciana Fonseca pela sua amizade e poema personalíssimo!

A minha querida Sininho que com seu amor sempre esteve ao meu lado durante os longos períodos de estudos.

À obstetrícia por me mostrar o poder da vida e me fazer sentir a energia vinda diretamente das mãos de Deus.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo lógico da implantação do CPN	33
Quadro 2 – Parâmetro populacional da Portaria nº 650/2011	45
Quadro 3 – Financiamento dos CPN segundo valores do procedimento SIH/SUS de parto normal em CPN, Portaria GM/MS nº11/2015 e a NT	49
Quadro 4 – Solicitações de apoio ao MS para implantação do CPN	57
Quadro 5 – Distribuição das solicitações de habilitação de CPN no SUS	58
Quadro 6 – Pendências para a habilitação	59
Quadro 7 – Produção e cobertura dos CPN habilitados	60
Quadro 8 – Modelização da implantação de CPN	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPN – Centros de Parto Normal

CPNi – Centro de Parto Normal Intra-hospitalar

CPNp – Centro de Parto Normal Peri-hospitalar

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CGSCAM – Coordenação Geral de Saúde das Crianças e Aleitamento Materno

CGSM – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres

DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

GCE – Grupo Condutor Estadual

MS – Ministério da Saúde

NT – Nota Técnica

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

PAR – Plano de Ação Regional

PQM – Plano de Qualificação de Maternidades

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SE – Secretaria Executiva

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Sismob – Sistema de Monitoramento de Obras

Siconv – Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLI – Termo de Consentimento Livre e Informado

RESUMO

Introdução: A atenção humanizada ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2011 a 2016, e na perspectiva dos esforços do Ministério da Saúde (MS) de qualificação da atenção perinatal no país, com o programa denominado de Rede Cegonha, incluiu, dentre suas prioridades, a implantação de Centros de Parto Normal, serviço que se caracteriza por oferecer uma assistência ao parto em um espaço físico planejado garantindo mais privacidade e conforto, equipe profissional centrada no enfermeiro obstétrico e obstetriz e um processo de trabalho pautado nas boas práticas obstétricas e neonatais.

Objetivo: Avaliar o processo de implantação dos Centros de Parto Normal no contexto da Rede Cegonha, no Brasil, no período de 2011 a 2016.

Metodologia: Foi realizada pesquisa avaliativa com foco na análise de implantação para compreender as relações entre a implantação do Centro de Parto Normal (intervenção), o contexto, o modelo proposto e as estratégias adotadas para sua efetiva implantação. Este estudo tem abordagem qualitativa, utiliza análise documental e, de forma complementar, entrevista com informantes-chave. Foi elaborado um modelo lógico para representar o conjunto dos componentes da intervenção analisada e os critérios de avaliação para cada componente.

Resultados: O modelo lógico identificou dois grupos de dimensões: um relacionado à concepção do Centro de Parto Normal e outro direcionado às estratégias de implantação, resultando em onze dimensões analisadas. A avaliação dos componentes da concepção mostrou maior adequação à literatura, quatro partes se apresentaram parcialmente adequadas e duas inadequadas. Os componentes da estratégia de implantação se mostraram parcialmente adequados. Até o final de 2016, foram implantados quinze Centros de Parto Normal em conformidade com a Rede Cegonha. Os entrevistados indicaram que o esforço para a implantação do Centro de Parto Normal alcançou o objetivo de evidenciar como o modelo pode funcionar, chamando de “efeito demonstração”.

Conclusão: O modelo proposto se mostrou pertinente ao sistema de saúde brasileiro, podendo ser considerado uma das ferramentas para a mudança do modelo do parto e do nascimento. No entanto, quinze dos 65 Centros de Parto Normal previstos foram implementados, o que possibilitou uma cobertura de 0,82% dos partos de risco habitual. A escala observada reitera a percepção dos entrevistados de que a implantação dos Centros de Parto Normal assumiu um papel de “efeito demonstração”.

PALAVRAS-CHAVE: centro de parto normal, enfermagem obstétrica, rede cegonha, avaliação em saúde, implantação de programas em saúde

ABSTRACT

Introduction: Humanized attention to labor in the Unified Health System, from 2001 to 2016, and in regards to the efforts of the Health Ministry to qualify perinatal care in the country, with the program named Rede Cegonha, included, amongst its priorities the establishment of Birth Centers, a service characterized by a planned physical space to grant more privacy and comfort, professional team focused on the male and female midwife, and a work process in line with good obstetric and neonatal practices.

Objective: To evaluate the establishment process of the Birth Centers in the Rede Cegonha context, in Brazil, from 2011 to 2016.

Methods: An evaluative research was carried out focused on the implementation analysis to understand the relationship between the Birth Center establishment (intervention), the context, the proposed model, and the strategies adopted to its effective implementation. This research had a qualitative approach, using documental analysis, and complementarily, interview with key informers. A logical model was elaborated to represent a body of components of the intervention analyzed and the evaluation criteria to each component.

Results: The logical model identified two groups of dimensions: those related to the conception of the Birth Center, and those aimed at the implementation strategies, resulting in 11 analyzed dimensions. The evaluation of the conception components showed better adequacy to the literature, four components were partially adequate, and two were proven inadequate. The components of the implementation strategy were proven partially adequate. By the end of 2016, 15 Birth Centers had been established in accordance with Rede Cegonha. The interviewees indicated the effort to establish the BC has reached the objective to demonstrate how the model can work, being called “demonstration effect.”

Conclusion: The proposed model proved to be pertinent to the Brazilian health system, and may be considered one of the tools to the change in the model of labor and birth. However, 15 out of the 65 Birth Centers planned have been implemented, which covered for 0.82% of low-risk childbirth. The scale observed reiterates the interviewees’ perception that the Birth Centers deployment has taken the “demonstration effect” role.

KEYWORDS: birth center, midwifery, rede cegonha, evaluation in health, implementation of health programs.

À palavra-mulher

Um começo sem pressa

Nadar profundo requer tempo

Tempos

Ritmos

Contratempos estão por trás das letras

Lá onde as palavras ainda não tocam

Novo, vazio, criativo

É mergulho, é sentido

Um Útero-mulher: Acolhe, unifica e gesta uma voz disserta

Palavras paridas na ternura-força do parto-saber

Que brotam e nascem dentro e por meio do saber-mulher

SUMÁRIO

1	Introdução	12
2	Justificativa	15
3	Objetivos	17
4	Referencial Teórico	18
5	Metodologia	27
6	Questões Éticas	34
7	Resultados e Discussão	35
8	Conclusão	67
9	Referências Bibliográficas	70
10	Anexos	76

1 INTRODUÇÃO

A atenção ao parto e ao nascimento no Brasil tem sido amplamente discutida nos últimos anos, entre os diversos segmentos da sociedade: profissionais de saúde, movimento de mulheres, mulheres e seus familiares nos diversos momentos do cuidado e ainda por meio da literatura especializada. O foco tem sido o modelo do cuidado prestado a esse momento tão único da história de vida das mulheres, de seus companheiros e familiares em geral. Na área específica, tem sido abordada a busca por uma assistência que se baseie nas boas práticas obstétricas e neonatais, bem como a redução da morbimortalidade obstétrica e neonatal^{1,2,3}.

O aumento gradual no uso de tecnologias tem sido uma característica da atenção ao parto e ao nascimento, bem como o aumento crescente das taxas de cesarianas. No Brasil, os partos são predominantemente hospitalares (98%) sendo 87% realizados por médicos⁴. As taxas de cesáreas estão em torno de 55% quando se considera o setor público e o suplementar⁵. Há importante diferença entre os setores, no setor privado esta taxa atinge 84,6%⁴, indicando uma situação muito acima da média nacional e cerca de 4 vezes superior ao valor indicado como adequado pela Organização Mundial de Saúde (15 a 20%)⁶.

As propostas do Ministério da Saúde (MS) para a atenção obstétrica e neonatal do Sistema Único de Saúde (SUS) buscam estimular a adoção de um modelo que privilegia a adoção de boas práticas, com respeito à fisiologia do corpo da mulher, sem intervenções desnecessárias, priorizando um ambiente acolhedor e que garanta privacidade para a mulher e o seu acompanhante, que seja capaz também de contribuir para a redução da mortalidade materna.

Dessa forma, o MS instituiu, no ano de 2011, uma estratégia denominada de Rede Cegonha (RC), a fim de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a

atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis⁷.

A atenção humanizada ao parto, na perspectiva da RC, incluiu investimentos para construção/reforma de Centro de Parto Normal (CPN) no SUS, capacitação de profissionais, implantação de comitês e conselhos para acompanhamento da rede, dentre outros⁸.

Em contraposição ao cenário de centros obstétricos em que as mulheres permaneciam em espaços coletivos, sem privacidade, sem a possibilidade de presença do acompanhante e confinadas ao leito, o CPN surge não apenas como proposta de um espaço físico planejado para garantir privacidade, mas também como processo de trabalho diferenciado – pautado nas boas práticas obstétricas e neonatais – e com equipe profissional centrada no enfermeiro obstétrico e obstetrix.

A implantação dos CPN tem sido normatizada desde 1999, por meio da Portaria GM/MS nº 985/1999, que definiu os centros de parto como unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias⁹. Outras normativas (RDC 36/2008, Portaria nº 904/2013 e Portaria nº 11/2015) especificaram o público-alvo, as atribuições, os requisitos de estrutura e de processo de cuidado, dando ênfase à sua relação com uma maternidade de referência, a qual deve estar, no máximo, a vinte minutos do CPN¹⁰.

A reorganização da rede de atenção obstétrica e neonatal, e para que o CPN seja uma potente ferramenta de mudança, pressupõe a operacionalização de uma série de fatores em diferentes âmbitos de atenção e de níveis de governo¹¹. Esses motivos podem ser relativos às características sociais, organizacionais e políticas que influenciam a gestão das instituições de saúde e, conseqüentemente, para a implantação do CPN¹¹.

A implantação do CPN pode ser concebida como um sistema organizado de ação que inclui agentes (recursos humanos), estrutura (conjunto dos recursos e das regras, que escapam ao controle dos agentes), processos (relações entre os recursos e as atividades) e objetivo (o estado futuro para o qual o processo de ação é orientado)¹². A avaliação da implantação do CPN representa recurso importante para se averiguar se tal intervenção vem sendo implantada no SUS conforme foi concebida¹¹, no que se refere aos objetivos, às atividades, à estrutura, aos recursos definidos e aos processos.

2 JUSTIFICATIVA

A estratégia de implantação do CPN no Brasil teve início no final da década de 1990, ganhando, desde 2011, prioridade com a Rede Cegonha, constituindo-se em uma das estratégias no contexto das proposições de um modelo obstétrico inovador para o parto e o nascimento. Esse modelo assumiu o respeito à fisiologia da mulher, ao seu direito a não ser submetida às intervenções desnecessárias e, além disso, possibilitou que seja acompanhada por pessoa de sua relação. Para isso, o MS investiu na reformulação das portarias que regulamentam aspectos da estrutura dos CPN e na sua integração à rede perinatal.

Como enfermeira obstetra atuando numa casa de parto e como assessora técnica da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde), observei que o cuidado desenvolvido nos CPN merece ser pesquisado e precisa de uma atenção especial, por ser um modelo priorizado pela política de saúde para ser mais disseminado no país e incentivado pela OMS¹³.

A prioridade conferida pelo MS à implantação dos CPN, sua contribuição à mudança do modelo de parto e nascimento e sua aceitação pelas usuárias^{14,15} que o experimentaram contribuem para a justificativa da necessidade de se realizar uma análise de implantação dos CPN no SUS desde a instituição da RC em 2011.

De acordo com a meta do Plano Plurianual de Governo (PPA), dever-se-ia ter sido implantado no período de 2012 a 2015, o número de 65 CPN¹⁶.

Realizou-se a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a palavra-chave “Centro de Parto Normal” e com os seguintes filtros: tema, assunto principal, ano de publicação. Nos últimos cinco anos foram encontrados cem artigos e selecionados aqueles

que continham variáveis tais como: assistência ao parto em CPN – local de parto, Sistema Único de Saúde, avaliação de unidades obstétricas (intra-hospitalares, peri-hospitalares, hospitalares), resultados materno e neonatal, custo-efetividade, transferência de pacientes. Com assunto principal, foram excluídos estudos: prematuridade, procedimentos técnicos-assistenciais de obstetrícia e neonatologia, posições de parto, dentre outros.

Assim, pelo fato de os CPN serem uma estratégia recente no Brasil (desde 1999), é pertinente realizar a análise da implantação dos Centros para identificar melhor essa dinâmica de implantação e os fatores explicativos críticos¹², tais como as características do contexto de implantação e os fatores que ampliam sua viabilidade, como um espaço privilegiado de experiência de um novo modelo de parto e de nascimento.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar o processo de implantação dos Centros de Parto Normal no contexto da Rede Cegonha, no SUS, no período de 2011 a 2016.

Objetivos Específicos

1. Analisar o modelo de CPN proposto para o SUS.
2. Analisar a estratégia de divulgação da proposta de CPN para o SUS.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CONTEXTO DA PROPOSTA DE CENTRO DE PARTO NORMAL

Nas últimas décadas, o SUS começou a trabalhar com mais intensidade para melhorar a assistência ao parto e ao nascimento, principalmente em decorrência de alguns indicadores como, por exemplo, o alto índice de mortalidade materna e o aumento das taxas de cesariana no país.

Em 1999, foi criada a primeira normativa brasileira que definiu os CPN dentro do contexto de saúde existente, os quais deveriam ser organizados para “promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e puerpério⁹”. Assim, a Portaria GM/MS nº 985/1999 foi importante para impulsionar as transformações no cenário obstétrico brasileiro, principalmente por inserir o enfermeiro obstétrico como membro necessário para o funcionamento dos CPN.

Com base nessa normativa, outras regulamentações foram criadas, tais como: a Portaria nº 743, de 22 de dezembro de 2005 (posteriormente alterada pela Portaria nº 1.011, de 3 de outubro de 2014), que estabeleceu que os enfermeiros obstetras eram profissionais competentes e responsáveis pelos laudos de AIH, nos casos de autorizações de partos normais¹⁷; a Resolução-RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispôs sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, com definição dos ambientes necessários para um CPN¹⁸; e a Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, que definiu que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) deveriam fornecer e controlar a utilização de DN para estabelecimentos e serviços de saúde que realizavam parto, bem como para enfermeiro (a)¹⁹.

O MS, consistente com os indicadores epidemiológicos, com as práticas internacionalmente recomendadas¹³ e as experiências exitosas no país,^{20,21,22} compreendeu que a humanização do parto e do nascimento com a perspectiva de um novo modelo deveria ser a prioridade de suas ações. Tal prioridade orientou o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM)/2009-2011), que buscou criar condições institucionais e técnicas para a alteração de processos de trabalho, visando à qualificação da atenção/gestão, à humanização do parto e nascimento e à redução das taxas de mortalidade infantil (neonatal) e materna²³.

Para a sua operacionalização, foi desenhada a função de apoio institucional, pois, partindo do pressuposto de que para “mudar o modelo de atenção e de gestão ao parto e nascimento era preciso interferir em práticas de saúde ‘desumanizadoras²⁴’, o apoio institucional foi o “fio condutor por meio da criação de espaços coletivos de análise e interferência nas práticas, tecendo uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil²⁴”.

Esse plano serviu ainda para impulsionar a criação da RC (Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011)⁷, que propôs um modelo que garantisse às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, permitindo vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. E, ainda, baseou-se na premissa de que dar à luz não era uma doença ou um processo patológico, mas sim uma função fisiológica e natural que constitui experiência única para a mulher e o (a) parceiro (a) envolvido (a).

As propostas do MS mencionadas buscavam enfrentar o importante desafio que era garantir uma atenção qualificada e humanizada às parturientes em todo território nacional, superando as desigualdades regionais. A análise da assistência obstétrica e

neonatal oferecida pelos serviços de saúde públicos e privados do Brasil denota a necessidade de: (1) organizar e adequar as ofertas de serviços de atenção ao parto e ao nascimento; (2) superar o modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto; (3) implementar medidas para redução da taxa de cesarianas; (4) definir como direitos fundamentais de mulheres e crianças o acesso a tecnologias apropriadas de atenção ao parto e ao nascimento, com adoção de práticas baseadas em evidências, incluindo-se a privacidade, a liberdade de movimentação e de posições durante o trabalho de parto e parto, o direito a acompanhante de livre escolha e a preservação da sua integridade corporal e psíquica; e (5) garantir o direito das mulheres a vivenciarem ambientes de cuidado que favoreçam a realização das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento⁷.

Em atenção ao último item e de acordo com as portarias do MS que redefinem as diretrizes para implantação e habilitação de CPN no âmbito do SUS^{7,10,25}, o MS enfatizou a necessidade de implantação de CPN em todas as regiões do país. Essa proposição também se estende à saúde suplementar¹⁸.

4.2 CENTRO DE PARTO NORMAL – CONCEPÇÃO SUS

Os CPN têm sido descrito pelas portarias do MS^{7,9,10,25} e pela literatura^{20,21,22,26} como uma unidade estratégica no apoio à mudança do modelo de parto e do nascimento no SUS, uma vez que sua atenção deve se pautar em um atendimento humanizado e de qualidade. Assim, a sua população-alvo é a parturiente de risco habitual¹⁰. A proposta é que sua estrutura física garanta um ambiente acolhedor, privativo, propício ao desenvolvimento de boas práticas obstétricas e neonatais e com garantia da presença dos familiares^{10,18}. No CPN, a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério

fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, é feita por enfermeiro obstétrico e/ou obstetriz¹⁰, o que deve caracterizar o cuidado nesse espaço inovador.

A inserção do enfermeiro obstétrico e/ou obstetriz tem o objetivo de qualificar a assistência obstétrica com métodos não invasivos e não farmacológicos, a fim de estimular o trabalho de parto e diminuir a dor das parturientes, além, claro, de favorecer a fisiologia do corpo da mulher^{27,28}.

Para além do cuidado à mulher, de acordo com a Portaria nº 371/2014, o profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal) pode prestar atendimento ao recém-nascido desde o período imediatamente anterior ao parto e até que quando estiver com sua mãe no pós-parto imediato²⁹.

Seguindo a recomendação da OMS, a proposta é a de que o CPN no SUS seja oferecido em local mais próximo de sua residência, por profissional qualificado, podendo ser parteiras, enfermeiras obstétricas, obstetrizes ou médicos generalistas¹³.

4.3 BENEFÍCIOS DO CENTRO DE PARTO NORMAL

Tanto a literatura internacional quanto a nacional têm se ocupado em estudar os benefícios e as ameaças associados ao cuidado de gestantes de risco habitual em unidades como o CPN proposto para o SUS.

Um estudo realizado por Hodnett no Canadá (2012) com 11.795 mulheres atendidas em um ambiente hospitalar alternativo mostrou menor probabilidade de intervenções médicas, maior hipótese de parto vaginal espontâneo, maior satisfação materna e maior viabilidade de amamentação no 1º e 2º mês pós-parto, sem nenhum risco identificado para a mãe ou para o bebê, quando comparadas com o parto em ambiente hospitalar convencional³⁰.

Outra pesquisa mais recente, realizada em março de 2016, nos Estados Unidos, mostrou que cada vez mais as mulheres têm escolhido fazer o parto em casa ou em centros de parto, embora o número de nascimentos nesses locais ainda seja pequeno, cerca de sessenta mil em 2014, quando comparado aos números de partos realizados em hospitais³¹.

Em uma revisão sistemática conduzida pela Cochrane e que incluiu onze estudos que abordaram 12.276 mulheres, sobre o modelo de assistência prestado pelas parteiras, enfermeiras obstétricas ou obstetizes aos partos de mulheres de risco habitual, apontou que dentre os partos conduzidos por esses profissionais foram identificados diversos resultados positivos, como: menores taxas de intervenções; menor risco de episiotomia; menor chance de parto instrumental; maior chance de parto espontâneo; maior sensação de controle da parturiente; maior chance de iniciar o aleitamento; menor duração de hospitalização neonatal – não houve diferenças na mortalidade perinatal³².

Uma atualização dessa revisão, realizada em 2016 pela Cochrane, indica como uma de suas conclusões “que o modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetizes deveria ser oferecido para a maioria das gestantes sem problemas clínicos ou obstétricos sérios³³”.

Na Itália, um estudo realizado para comparar os resultados maternos e perinatais entre um centro de parto com parteiras e um hospital padrão, mostrou que houve menor uso de ocitocina, episiotomia, maior número de mulheres com períneo íntegro e menor indicação de cesariana no Centro de parto, concluindo de forma semelhante a Cochrane quando diz que o centro de parto deve ser indicado para mulheres de baixo risco³⁴.

Uma pesquisa prospectiva de coorte nacional realizada na Inglaterra, no ano de 2015, com aproximadamente dezenove mil mulheres, com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de unidades obstétricas não hospitalares (Centros de parto autônomos,

peri-hospitalares e partos domiciliares), para gestantes de baixo risco, e informa-las sobre a escolha do local de nascimento, concluiu que se deve expandir a capacidade de unidades obstétricas não hospitalares a fim de reduzir as taxas de intervenção (parto instrumental e cesariana intraparto). Os benefícios aplicam-se a todas de baixo risco, independentemente da idade ou etnia. As taxas de intervenção diferiram consideravelmente entre as unidades, mas por razões que não foram compreendidas³⁵.

Um estudo realizado em um CPN na cidade de São Paulo evidenciou que o Centro representava “um modelo de assistência com desfechos maternos e neonatais favoráveis para população de baixo risco, conforme as recomendações da OMS²¹”. Além disso, mostrou que a atuação da enfermeira obstétrica ou obstetritz foi uma “condição importante para que a assistência ao parto ocorresse com menos intervenções e uso adequado da tecnologia, visto que o local e o modelo de assistência ao parto, no qual a enfermeira obstétrica atuou, teve um impacto em sua habilidade para incorporar, em sua prática, as mudanças decorrentes de pesquisas²⁰”.

Outra análise também realizada em São Paulo, em 2003 a 2006, com gestantes de baixo risco atendidas em um CPN e um hospital, evidenciou que, ao se comparar a assistência entre esses dois serviços, as mulheres do hospital sofreram mais intervenções: amniotomia, episiotomia, utilização de ocitocina no trabalho de parto e utilização de analgésico no pós-parto, e os bebês também tiveram mais intervenções: aspiração das vias aéreas superiores, aspiração gástrica, lavagem gástrica, oxigênio por máscara aberta, além de ter ocorrido com mais frequência a bossa serossanguínea, desconforto respiratório e internação na unidade neonatal. Esse estudo reitera os achados da literatura e aponta que a assistência realizada em um CPN é menos intervencionista com maior consideração à fisiologia do parto³⁶.

Em um levantamento que abordou a perspectiva de mulheres atendidas em um CPN, vinculado a um hospital público de grande porte do Município de São Paulo, observou-se que elas se sentiam mais satisfeitas com a assistência recebida no CPN, o que foi de encontro com outros estudos que sustentam que o local e as características das práticas de cuidado interferem na qualidade da assistência ao parto³⁷.

Um estudo realizado em Belo Horizonte (MG), com 831 gestantes de risco habitual, analisou as características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, um Centro de Parto Normal (CPN), um hospital vencedor do título “Galba de Araújo” (HG) e uma maternidade com modelo assistencial prevalente (HP). O CPN e o HG foram caracterizados pela incorporação de práticas humanizadas na assistência obstétrica, enquanto o HP não realiza essa assistência humanizada. Ao comparar as intervenções feitas (uso de ocitocina, amniotomia, analgesia e episiotomia) na assistência ao parto e trabalho de parto no CPN, HG e HP, observou-se que o CPN foi a modalidade assistencial com maior percentual de mulheres sem as intervenções estudadas. Os resultados apontam ainda que a implantação depende mais da vontade política do que da produção de evidências adicionais, uma vez que a mudança do modelo revela os conflitos de interesses estabelecidos e altera as relações de poder existentes dos profissionais entre si e entre eles e as usuárias³⁸.

As diferentes análises apresentadas tornam possível apontar que os espaços alternativos aos hospitalares, denominados no Brasil como Centros de Parto Normal, possibilitam um cuidado diferenciado e menos intervencionista, capaz de contribuir para a mudança de modelo obstétrico e neonatal.

4.4 AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL

Cada vez mais, o recurso de avaliação em saúde tem sido usado no Brasil, tanto em decorrência da necessidade de análise econômica, quanto pela necessidade de se compreender as diversas ações de natureza técnica, ética ou política, relacionadas ao sucesso ou à resistência organizacional de algum programa³⁹.

Fundamentalmente, avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse juízo pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado com base em um procedimento científico (pesquisa avaliativa)⁴⁰.

A avaliação de serviços de saúde envolve a produção de conhecimento e/ou instrumentos, visando à melhoria da assistência prestada por meio das técnicas e das tecnologias desenvolvidas pelos profissionais de saúde⁴¹. A análise de programas consiste na coleta sistemática de informação sobre as atividades, as características e os resultados desses planos a fim de emitir julgamentos em relação a eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novos programas¹².

A pesquisa avaliativa analisa a lógica, a pertinência, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola. Desse modo, pode-se avaliar a pertinência da relação entre um problema de saúde e os objetivos de uma intervenção; a coerência entre os objetivos e as atividades de uma intervenção; ou ainda a adequação entre os recursos investidos e os efeitos de uma intervenção¹².

A análise da implantação é um dos tipos de pesquisa avaliativa e pode ser uma investigação das interações entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos^{12,40}. Por implantação, entende-se “a implementação concreta de uma

intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito como base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas. O processo de implantação acontece em seguida à decisão de intervir¹². A avaliação da implantação tem por objetivo compreender o desenrolar de uma intervenção¹².

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO METODOLÓGICO

O presente estudo propôs avaliar o processo de implantação do CPN no contexto da Rede Cegonha, na perspectiva do governo federal, sendo realizada uma pesquisa avaliativa com ênfase normativa e foco na análise de implantação para compreender as relações entre a intervenção (implantação do CPN) e seu contexto, o seu modelo e as estratégias de divulgação, os processos de habilitação e de adequação de estrutura física e ambiência. Esta pesquisa baseou-se, fundamentalmente, na análise documental, utilizando a entrevista com informantes-chave, de forma complementar.

A análise pretendida buscou compreender a concepção do modelo proposto para os CPN no SUS, as estratégias de divulgação e os mecanismos de indução utilizados pelo governo federal.

O período de estudo analisado foi de cinco anos (2011 a 2016), escolhido em função das transformações institucionais ocorridas no interior do Ministério da Saúde com a criação do Programa Rede Cegonha, o qual incluiu, dentre as suas estratégias, a implantação dos CPN.

5.2 APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Em 2011, com a criação da RC, o CPN foi inserido como uma das ações necessárias para atenção às mulheres de baixo risco ao momento do parto, sendo considerado um dispositivo capaz de mudar e de qualificar práticas obstétricas e neonatais.

Nesse período, a implantação do CPN envolveu a reformulação das portarias que normatizavam tal serviço e ofereceu estímulo para que os Planos de Ação regional (PAR) indicassem necessidade de CPN, além de organização o MS para dirimir dúvidas de implantação, de análise de proposições de novos CPN e de monitoramento da implantação.

A habilitação de um CPN pela RC é o reconhecimento formal de que o Centro cumpre os critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 11/2015, sendo essa a etapa final do processo de implantação de um CPN.

Desse modo, a intervenção – implantação do CPN – é um conjunto de ações realizadas pelo MS, que propôs um novo espaço de cuidado ao parto e ao nascimento, o qual que deveria estar dotado de recursos humanos (principalmente os profissionais Enfermeiro obstetra e Obstetrix), de uma estrutura física diferenciada, de processos de trabalho voltados para as boas práticas obstétricas e neonatais e de um objetivo definido¹².

5.3 FONTES DE DADOS

5.3.1 PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Foram analisados os documentos do MS que abordavam a RC e/ou CPN e aqueles elaborados pelos estados que respondem ao processo de solicitação e habilitação de CPN. Esses registros foram categorizados em normativas específicas e outros dados técnicos.

- Normativas específicas:
 - 1999 – Portaria GM/MS nº 985 – Criou o Centro de Parto Normal (intra e isolado/autônomo) no âmbito do SUS⁹.
 - 2008 – RDC nº 36 – Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal¹⁸.
 - 2011 – Portaria GM/MS nº 1.459 – Institui a Rede Cegonha⁷.

- 2011 – Portaria SAS/MS nº 650 – Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha⁴².
- 2013 – Portaria GM/MS nº 904 – Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de CPN²⁵.
- 2015 – Portaria GM/MS nº 11 – Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de CPN¹⁰.

- Outros documentos técnicos:
 - Plano de Ação Regional (PAR)⁴³.
 - Solicitações de obras (reforma, construção/ampliação)⁴³.
 - Solicitações de habilitação do CPN⁴³.
 - Solicitações de aquisição de equipamentos e de materiais permanentes⁴³.
 - Pareceres técnicos⁴³.
 - Relatórios de monitoramento dos convênios de financiamentos de obras (Sismob/Sincov) e de repasses financeiros para aquisição de equipamentos e de custeio para funcionamento do CPN⁴³.
 - Nota Técnica Economia da Saúde.⁴⁴
 - Ata I Encontro dos Centros de Parto Normal habilitados pela RC.⁴⁵

5.3.2 ENTREVISTA

Foram realizadas entrevistas como técnica complementar à análise documental, com atores-chaves na implantação e na condução da Rede Cegonha, para melhor compreender e/ou descrever a lógica das estratégias de implantação do CPN.

A entrevista foi realizada face a face com os atores residentes em Brasília (DF) e, por Skype, com os residentes em outras cidades. Foram selecionadas pessoas diretamente envolvidos na implantação do CPN no início da RC, são elas: o Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Dapes); a Coordenadora da CGSM e sua adjunta; duas apoiadoras de rede que lograram ter um CPN implantado no seu território de atuação; e a assessora técnica de obras da RC.

Na conversação foram abordados temas relativos à implantação de CPN no contexto da RC, seu objetivo, momento político, diretrizes norteadoras, proposta de ambiente físico diferenciado, inclusão de enfermeiro obstetra e obstetrix diretamente na cena do parto (Anexo II).

5.4 ANÁLISE DE DADOS

O estudo utilizou a análise de conteúdo tanto para os documentos quanto para as entrevistas. Esse tipo de investigação permitiu explorar os documentos existentes para compreender as características da concepção e as estratégias adotadas à implantação do CPN. Assim, uma análise de conteúdo foi realizada em três fases fundamentais: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados⁴¹. Considerando essa proposta metodológica, primeiro foi feita uma busca na CGSM e nas bases de dados do MS com o objetivo de identificar e sistematizar os possíveis documentos que respondessem às questões da pesquisa. Em seguida, foi feito um exame inicial desses dados para definir, com precisão, quais eram mais promissores para se analisar a implantação do CPN.

Na segunda etapa de exploração do material, foi organizado e arquivado, por ano de publicação e temas específicos já mencionados, a especificidade de análise qualitativa para compreensão da concepção do modelo e das estratégias empregadas.

Com a terceira fase, a observação do processo de implantação de CPN no SUS foi organizada em quatro etapas: componentes; proposições da implantação; resultados; e avaliação. Essa sistematização permitiu identificar os vínculos existentes entre os diferentes elementos e a evolução da intervenção ao longo do tempo, cinco anos, bem como emitir um julgamento sobre a questão.

5.5 MODELIZAÇÃO

Para compreender a intervenção, ou seja, a implantação do CPN na atenção obstétrica proposta pelas normativas emitidas no contexto da RC que abordaram o CPN^{7,10,25}, foi elaborado um modelo lógico¹². Tal modelo buscou representar o conjunto dos componentes estruturais para a implantação do CPN por meio dos eixos “concepção do modelo” e “estratégias de implantação”. Para cada componente, foi relacionado a sua proposição e os critérios de avaliação: “adequação às proposições da literatura nacional e internacional”; “cobertura da população”; “suficiência de recursos”; “pertinência dos indicadores frente à literatura”; e “alcance de objetivo”. Esses critérios avaliativos foram elaborados a fim de estreitar o vínculo das atividades realizadas às normas existentes e, então, proceder ao julgamento. “O critério de adequação representa o respeito às normas em termos de estrutura (recursos) e de processos¹²”.

O componente “concepção do modelo” identificou os principais pontos da estrutura e o processo, os quais orientaram o estado futuro do dispositivo CPN, elencados na coluna “proposições da implantação”. Assim, o referente utilizado foi a literatura.

O componente “estratégias de implantação” segue a lógica da “concepção do modelo”, mas também evidencia como um conjunto de ações foi mobilizado para que as atividades e as ações de implantação do CPN alcançassem os objetivos propostos. Dessa

forma, a ideia foi avaliar essas táticas em relação ao cumprimento das metas estabelecidas nos textos oficiais, nos *sites* do MS e nos relatos dos entrevistados.

Com base nesse modelo lógico, foram analisados os documentos para explicitar os vínculos que se articularam entre os componentes e as proposições da implantação, a fim de apreciar a diferença entre o que foi proposto e o que de fato foi implantado.

Dessa forma, o Quadro 1, a seguir, representa os componentes para a implantação do CPN e os efeitos almejados, com os critérios de avaliação definidos por proposição:

Quadro 1 – Modelo Lógico para Avaliação da Implantação do CPN.

	Componentes		Proposições da Implantação	Critério de Avaliação
	Implantação CPN no SUS	<i>Concepção do Modelo</i>	Objetivo e clientela	Ofertar novo modelo de cuidado para o parto de risco habitual
Ambiência			Quarto PPP – espaço que favorece boas práticas e privacidade	
CPN na Rede Assistencial			Acesso a hospital de referência	
			Articulação com a atenção básica	
Equipe			Inserção do enfermeiro obstetra e obstetrix na cena do parto	
Oferta assistencial		Estabelecido um parâmetro populacional	Cobertura da população	
Modelo de Financiamento		Financiamento global de custeio com metas assistenciais pactuadas	Suficiência de recursos	
Monitoramento		Conjunto de indicadores de processo e resultado do cuidado	Pertinência dos indicadores frente à literatura	
		Modelo do monitoramento	Alcance de objetivo	
<i>Estratégias de Implantação</i>		Estratégia de divulgação	Mecanismos de comunicação do MS	Alcance de objetivo
	Gerenciamento do processo	Inclusão no PAR, solicitação de obras, de equipamentos, de custeio e de habilitação		

6 QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa seguiu as normativas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética do IFF. Os atores foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa e aceitaram o teor contido no Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI). As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo preservada a privacidade de cada um.

Os riscos e os benefícios para os participantes foram os referentes a responder um questionário com perguntas relacionadas à implantação do CPN/RC.

Para a pesquisa documental, a coordenadora da CGSM e o diretor do Dapes/SAS/MS foram consultados e obteve-se suas aprovações para realização do estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CONCEPÇÃO DO MODELO

7.1.1 Objetivo da implantação do CPN e clientela definida para o CPN

No componente “parto e nascimento”, da portaria GM/MS nº 1.479/2011, foram propostas ações para adoção da ampliação e das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento⁷.

Nesse componente, foi incluída a possibilidade de solicitação de recursos para a melhora do ambiente físico das maternidades, e ao CPN, foram definidos os recursos financeiros à construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos. Além disso, estavam previstos recursos para custeio mensal⁷.

Nessa portaria, o modelo de cuidado que o CPN deveria desenvolver ou a ampliação de seu número no SUS não foram mencionados explicitamente como uma das ações, nem tampouco foram detalhados o perfil e os processos de funcionamento.

Somente dois anos depois (2013), com a portaria GM/MS nº 904/2013, o MS estabeleceu as diretrizes para a implantação e a habilitação de CPN, em conformidade com a RC, no âmbito do SUS. As considerações iniciais explicitam, além de retomar as portarias que regulamentam o SUS, que a implantação do CPN deveria contribuir para a melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, por meio da garantia de acesso à informação e à atenção qualificada, segura e humanizada; do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos; e da assistência qualificada que promove a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, que a literatura indica, com impacto na redução da mortalidade materna, fetal e infantil²⁵.

Essa portaria estabelece ainda a atuação do enfermeiro obstetra e obstetrix no cuidado à gestante, parturiente e puérpera de risco habitual e indica a necessidade de

espaços de cuidado que possibilitem ambiência adequada favorecedora das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, entendendo que o CPN pode exercer esse papel no sistema de saúde²⁵. A portaria ainda propõe a organização da atenção ao parto e ao nascimento em diferentes âmbitos de complexidade, inserindo o CPN na rede de cuidado perinatal²⁵.

Em 2014/5, o MS percebeu a necessidade de redefinir as diretrizes para implantação do CPN (Portaria GM/MS nº11/2015), sendo incluídas algumas concepções das quais se depreende que a legislação ampliaria o papel do CPN como uma das estratégias de mudança de modelo obstétrico e neonatal. Ou seja, fica explicitado que o CPN deveria contribuir para o objetivo de humanizar o atendimento às mulheres, RN e acompanhantes, bem como promover o parto fisiológico¹⁰.

Uma gestora entrevistada mencionou que o CPN também deveria cumprir um papel de efeito-demonstração, uma vez que a assistência e a ambiência diferenciadas poderiam servir de exemplo a outros serviços, tal como aconteceu com o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, que se tornou referência para o Brasil de modelo obstétrico e neonatal pautado nas boas práticas assistenciais. Esse posicionamento permite inferir que a contribuição para a mudança do modelo deveria se dar por meio do efeito mencionado e que sua implantação em larga escala não parecia ser um objetivo no contexto da RC e do cenário de oferta de enfermeiras obstétricas no país.

A normativa brasileira vai ao encontro à recomendação da OMS¹³ e de algumas experiências internacionais, tal como nos Estados Unidos em que um *birth center* é um serviço que considera a gravidez e o parto como um processo fisiológico, que requer baixa densidade tecnológica e farmacológica. Assim, são serviços projetados para as necessidades específicas da população⁴⁶.

Em relação ao perfil de gestantes atendidas em um CPN, a Portaria GM/MS nº 11/2015 define como critérios de assistência a gestação de baixo risco, o puerpério fisiológico e os cuidados ao recém-nascido sadio. Porém, não cita critérios específicos de admissão que estabeleçam uma gestante de baixo risco, tais como idade gestacional, apresentação fetal, índice de líquido amniótico, dentre outros. No entanto, indica que é responsabilidade do CPN a elaboração de protocolos que orientem a linha de cuidado e os protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização da cautela¹⁰.

A clientela para o CPN também estava em conformidade com a recomendação do estudo realizado nos Estados Unidos, em que a normativa local define que uma paciente de baixo risco é aquela com histórico médico, cirúrgico e obstétrico normais, com pré-natal sem complicações. Tal parâmetro, nesse país, foi determinado para a mulher, parturiente e recém-nascido durante o pré-natal, trabalho de parto e puerpério⁴⁶.

7.1.2 Estrutura física/ambiência

A proposta elaborada pelo MS para a estrutura física do CPN previa ambientes que deveriam oferecer mais conforto e privacidade, tais como o quarto PPP, um espaço individual com banheiro exclusivo e capacidade para a inserção de equipamentos à parturiente, tais como: a barra fixa e/ou escada de ling; a poltrona reclinável para acompanhante; o berço; e a área para cuidados para o RN com bancada. E, também, um quarto PPP poderia contar com banheira^{10,18}.

O manual de orientações para elaboração de projetos de ampliação e de reforma publicado pelo MS, em 2013, previa o quarto PPP com cama tablado em alvenaria, colchão de casal com almofadas, rede de apoio para os braços da parturiente, bola de Bobat, dentre outros aspectos⁴⁷.

Tal especificação de estrutura física tem sido importante para oferecer liberdade de movimentação da parturiente, presença do acompanhante, possibilitam que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente, que os cuidados com o recém-nascido também sejam realizados no mesmo ambiente e não em outra sala da unidade¹⁸, que o espaço amplie a preservação da integridade corporal e psíquica da gestante, dentre outros aspectos importantes das evidências científicas mais atuais.

Apesar de a normativa brasileira privilegiar locais obstétricos com mais conforto e privacidade, tal como é preconizado pelos estudos internacionais⁴⁸, e da análise dos projetos arquitetônicos levar em consideração a RDC/Anvisa nº 51/2011, segundo a qual os ambientes podem ter uma variação de até cinco por cento nas dimensões mínimas, principalmente para atendimento a modulações arquitetônicas e estruturais⁴⁹, observou-se um número elevado de CPN com dificuldade de cumprir os critérios de área e dimensões estabelecidos.

A compreensão das dificuldades que tal restrição de parâmetros trouxe é reforçada por uma entrevistada ao afirmar que deveria existir um “meio termo”, parecendo indicar que uma maior flexibilidade deveria existir na análise das propostas desde que estivessem preservando pontos centrais, favorecendo que nesse processo de implantação mais serviços pudessem ser aprovados segundo os critérios da RC.

Ainda assim, observa-se que a concepção do CPN na normativa brasileira pode ser considerada uma inovação dos espaços de cuidado obstétrico, porém ainda não tão desenvolvidos quanto em outros países. Na Inglaterra, por exemplo, em estabelecimentos chamados Freestanding Midwifery Unit (FMU), que são unidades situadas em uma comunidade com assistência obstétrica e neonatal realizadas por parteiras, não é comum ter cama de parto. Nas unidades com cama de parto, tais como unidades obstétricas e Alongside Midwifery Unit (AMU), são alocadas apenas uma por quarto⁴⁸, assim como a

RDC/Anvisa nº 36/2008 preconiza. A experiência relatada no contexto inglês de que somente 1,6% do total de quartos PPP possuem duas camas por quarto⁴⁸, aponta que devam ser privilegiados espaços individuais em qualquer tipo de unidade obstétrica.

7.1.3 Inserção do CPN na rede de atenção ao parto e nascimento

Com a instituição da RC e as portarias seguintes que regulamentaram o CPN, a questão de sua inserção numa rede de cuidados materna e infantil foi abordada, deixando de existir isoladamente ou como estabelecimento autônomo. A partir de 2013, o Centro passou a ser localizado nas dependências internas de um hospital (intra-hospitalar) ou nas imediações (peri-hospitalar)²⁵.

Na concepção do modelo, o CPN peri-hospitalar (CPNp) deveria possuir um hospital de retaguarda para garantir a continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade. A segurança da assistência e a humanização do cuidado foram critérios essenciais para a implantação do CPN, as quais deveriam ser pactuadas por meio de protocolos entre as unidades de saúde^{10,25}.

Comparando as portarias específicas de CPN, foi possível observar a modificação da distância e/ou do tempo de deslocamento do CPNp ao hospital de referência. De acordo com a Portaria nº 985/1999, o Centro tinha de garantir a remoção da gestante e/ou do recém-nascido no prazo máximo de uma hora⁹. Com a Portaria nº 904/2013, o CPNp deveria estar a uma distância de duzentos metros do hospital de retaguarda assistencial²⁵, e com a Portaria nº 11/2015 foi novamente atribuído o tempo de deslocamento de vinte minutos entre o CPN e o hospital de referência¹⁰.

Alguns entrevistados pontuaram que a reformulação da Portaria nº 985/1999 levou em consideração a questão de segurança para definir a distância entre o CPN e o hospital de referência. Determinados posicionamentos contrários ao CPN autônomo defendiam

que o tempo de uma hora entre o CPN e o hospital era muito longo. O argumento era do que poderia ocorrer algum desfecho desfavorável como consequência. Foi também mencionado que o momento político brasileiro, apesar de favorável à nova rede que se apresentava, não tinha a perspectiva de deslocar esse cuidado, ou seja, de desospitalizar. Um dos entrevistados percebeu que o posicionamento do MS se caracterizou por um certo conservadorismo como tentativa de tornar viável a nova proposta de CPN.

As recomendações de estudos internacionais^{46,50} basearam os novos entendimentos dos gestores envolvidos com a RC. Essas pesquisas pontuavam um tempo de deslocamento entre vinte e trinta minutos, como suficiente para o atendimento de intercorrências e a preparação para uma cesárea, quando necessário.

Dessa forma, o sistema público brasileiro assumiu o menor tempo de deslocamento, vinte minutos, para o atendimento dos casos de complicações à mulher durante o trabalho de parto, o puerpério ou ao recém-nascido. Além disso, o hospital de referência do CPNp deveria contar com equipe de retaguarda 24 horas por dia, nos sete dias da semana, composta por médico obstetra, anestesista, pediatra ou neonatologista¹⁰. Quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deveria garantir o acesso da mulher e do recém-nascido a profissionais de saúde de outras especialidades¹⁰. A portaria e os entrevistados ressaltaram a importância de a transferência ocorrer em transporte adequado.

Nos Estados Unidos, os centros de parto não podem ser licenciados se não estiverem localizados dentro de um hospital ou, no caso dos centros de parto autônomos, não terem uma licença do hospital de referência⁵⁰. O tempo de deslocamento entre o centro de parto e o hospital de referência é de trinta minutos, que é considerado viável após a decisão da realização de uma cesariana⁵⁰.

As portarias específicas de CPN propõem forte relação do CPN com o hospital de referência, principalmente pela questão da retaguarda assistencial e pela segurança da assistência, porém não foi estabelecida a referência com a atenção básica. Segundo informações que a CGSM tem discutido, alguns CPN no país realizam o pré-natal da gestante, porém isso não foi uma prática adotada por todos os centros. Cabe ressaltar que até o momento não foi instituída pelo MS uma normativa que dê suporte para esse tipo de assistência. A portaria da RC apenas menciona que a gestante, durante o pré-natal, deve ser vinculada ao local em que será realizado o parto⁷, uma maternidade convencional ou um CPN.

7.1.4 Composição de equipe e processo de trabalho

A mudança de modelo obstétrico prevista pelo MS tinha como um dos pontos sensíveis a inserção do EO como membro necessário da equipe do Centro¹⁰. As portarias que tratam do CPN^{10,25} mencionam o enfermeiro obstetra e obstetrix como membros da equipe mínima e definem a quantidade desses profissionais segundo o tipo e o número de quartos PPP por Centro. As portarias ainda mencionam uma possibilidade para que os gestores locais, por meio da análise da região de saúde e da demanda habitual de gestantes, ampliassem o número de enfermeiros obstetras e obstetrixes nos plantões do CPN. No entanto, a previsão de custeio ofertado pelo Ministério não acompanharia tal acréscimo na equipe.

Alguns entrevistados pontuaram que a mudança do modelo obstétrico nas maternidades e no CPN e, conseqüentemente, o deslocamento da assistência médica para os casos de alto risco foram um processo muito complicado e com grande resistência, o que dificultou a inserção do enfermeiro obstetra e obstetrix diretamente na cena do parto. Algumas pessoas interrogadas também relacionaram o baixo número de CPN habilitados

pela RC com o inferior número de enfermeiro obstetra e obstetriz existentes no Brasil, sendo considerado por uma entrevistada como o maior obstáculo para a expansão do Centro.

No contexto da implantação da RC e de acordo com as prioridades definidas nos documentos da CGSM, a instância do MS reconheceu a necessidade de uma política de formação de enfermeiro obstetra e obstetriz ao atendimento das gestantes de baixo risco e definiu estratégias de apoio técnico e financeiro às Residência em Enfermagem Obstétrica, Especialização em Enfermagem Obstétrica – *lato sensu* e ao Aprimoramento de Enfermeiros Obstetras (enfermeiros já especialistas, mas que estão fora do cenário do parto e nascimento).

Fruto dessa prioridade e de acordo com relatórios do banco de dados do monitoramento da formação e da qualificação de enfermeiro obstetra do MS, até o ano de 2016, foram formados 403 enfermeiros obstetras, sendo 146 enfermeiros pela Residência em Enfermagem Obstétrica, 233 pela especialização e 24 pelo curso de aprimoramento para enfermeiros obstetras. Estão em curso um total de 596 profissionais, sendo 296 enfermeiros pela residência em enfermagem obstétrica e 300 enfermeiros (vinte turmas, em dezessete estados) pela especialização em enfermagem obstétrica. Assim, totalizando 999 enfermeiros obstetras, dentre formados e em processo de formação pelo MS⁴³.

Além da formação de enfermeiro obstetra pelo MS, há também cursos de especialização *latu sensu* de instituições não vinculadas ao SUS e/ou particulares, que não recebem apoio do MS, mas estão formando esse profissional para o mercado de trabalho brasileiro. Cabe ressaltar que a CGSM não dispõe de dados sobre tal quantitativo em formação, o que dificulta a análise da oferta de enfermeiro obstetra e obstetriz na implantação do CPN.

A mobilização para dotar o país de enfermeiro obstetra tem no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) um importante parceiro. Em 2012, o Conselho tornou obrigatório o registro dos títulos de Enfermagem Obstétrica⁵¹. No entanto, ainda se constitui um desafio para o órgão identificar o número de enfermeiros especialistas em obstetrícia ou em formação.

Esses números foram considerados pelos entrevistados como essenciais para a análise da implantação do CPN no SUS. A carência desses especialistas pode inviabilizar qualquer tentativa de redesenho do modelo de assistência obstétrica no país²⁸.

Até o final de 2016 foram habilitados quinze CPNs. Considerando uma média de oito enfermeiro obstetra/obstetriz por Centro – equipe mínima definida pela Portaria nº 11/2015 –, seriam necessários 120 enfermeiros obstetras/obstetrizes atuando nos Centros. Segundo a CGSM, até o final de 2016, havia quinze CPNs em trâmite para habilitação, assim dobrar-se-ia a necessidade desses profissionais²⁸.

Ao se considerar o número de especialistas que o MS já formou, cerca de quatrocentos, é possível afirmar que o dado foi suficiente para a demanda de CPN habilitados e também seria para os que estão em processo de habilitação.

Considerando a necessidade de aumentar a cobertura assistencial e de produzir o impacto na assistência, a OMS recomenda que os países têm de ter uma parteira para cada 125 nascimentos⁵². Considerando que o número de nascidos vivos no Brasil no ano de 2015 foi cerca de 3 milhões⁵³, segundo esse parâmetro seriam necessários 24 mil enfermeiros obstetras/obstetrizes para o Brasil. Apesar da falha de registro e da falta de informação precisa quanto ao número de enfermeiro obstetra/obstetriz existentes no Brasil, estima-se que o quantitativo seja bem inferior ao apresentado⁵⁴, e os processos de formação preveem um número reduzido de novos profissionais ao ano.

Segundo o CNES, estão cadastrados cerca de 3.947 enfermeiros obstetras no país⁵⁴. Porém, alguns aparecem em duplicidade tendo em vista que o cadastro é realizado pelo estabelecimento de saúde, e um enfermeiro obstetra pode possuir dois ou mais vínculos empregatícios. Dessa forma, o número real de profissionais deve ser menor do que o apresentado pelo CNES⁵⁴. Considerando a quantidade de nascidos vivos no Brasil, no ano de 2015⁵³, e o número de enfermeiros obstetras cadastrados no CNES, teríamos em média um enfermeiro obstetra/obstetriz para cada 762 nascimentos.

Um estudo feito na Inglaterra para mapear os cuidados realizados em maternidades e centros de parto, identificou o número de parteiras por nascimentos. Esse número variou entre as unidades de mesmo tipo e entre diferentes tipos de unidades. Para as do tipo FMU, semelhante aos CPNp, esse número foi de 35 parteiras por cada mil nascimentos. Nas unidades AMU (CPNi) e Obstetric Unit (maternidades), a proporção foi de 31 parteiras por mil nascimentos⁴⁸.

Cabe ressaltar que no Brasil, ainda hoje, não há normativa que regule a relação de horas de enfermagem obstétrica por leito ocupado, somente um número de horas de enfermagem de acordo com o tipo de assistência ao cliente (que pode ser mínimo, intermediária, semi-intensiva ou intensiva)⁵⁵.

Dentro dessa temática, foi realizado um estudo no mestrado profissional do Instituto Fernandes Figueira intitulado *Contribuições para o dimensionamento do quantitativo de enfermeiras obstetras e obstetrizes para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil*, que buscou contribuir para o levantamento da necessidade de enfermeiras obstetras e de obstetrizes para a atenção ao parto e ao nascimento de risco habitual no Brasil, segundo região geográfica. Essa pesquisa é importante para ajudar a definir a equipe mínima do CPN, além de outros pontos.

Não foram identificadas análises desse porte no Brasil, mas pode-se depreender que deva existir maior necessidade de enfermeiro obstetra/obstetriz no CPNp, tal como ocorre na Inglaterra⁴⁸, justamente por ser esse tipo composto exclusivamente por enfermeiro obstetra/obstetriz em quase todos os existentes no Brasil.

7.1.5 Oferta de CPN pretendida no contexto da RC

A assistência obstétrica e neonatal do CPN foi proposta pelo MS a fim de oferecer à população um modelo de práticas que promovesse a fisiologia e a normalidade do processo de parir e de nascer, em um ambiente diferenciado e com a inserção do enfermeiro obstetra e obstetriz diretamente na cena do parto. No contexto da RC, o CPN deveria ser inserido numa rede de atenções organizada às gestantes de baixo risco ou de risco habitual¹⁰.

No momento inicial de instituição da RC, em 2011, não foram detalhados os passos para operacionalização do CPN. A Portaria nº 650/2011 definiu um parâmetro populacional que poderia ser modulado de acordo com a necessidade local de leitos obstétricos⁴², conforme quadro a seguir.

Quadro 2 – Parâmetro Populacional da Portaria nº 650/2011

PARÂMETRO	
Municípios	CPN
de 100 a 350 mil habitantes	1 CPN
de 350 a 1 milhão habitantes	2 CPNs
maior de 1 milhão habitantes	3 CPNs
maior de 2 milhões habitantes	4 CPNs
maior de 6 milhões habitantes	5 CPNs
maior de 10 milhões habitantes	6 CPNs

Essa portaria, por sua vez, não esclareceu para que tipo de CPN e número de quartos PPP tal parâmetro foi definido. Como a Portaria da RC (GM/MS nº 1.459/2011)

estabeleceu na memória de cálculo para novos investimentos e custeio para CPN de cinco quartos PPP⁷, subentende-se que esse modelo populacional fosse definido para um CPN de cinco quartos PPP.

No entanto, as demais portarias da RC e do CPN não ofereceram propostas de cobertura para a população. Segundo Hartz, a cobertura mede a proporção de habitantes que se beneficiam de determinado programa ou intervenção³⁹.

Tendo em vista que havia quinze CPNs habilitados em conformidade com a RC até o final do ano de 2016⁴³, e que somando à produção de partos anual dos Centros, teríamos 10.329 nascimentos e mulheres beneficiadas. Esse número representa 0,82 % do total de nascidos vivos de parto vaginal, ou seja, a cobertura da população que efetivamente se beneficiou dos serviços do CPN seria muito baixa.

Alguns entrevistados mencionaram que o parâmetro populacional para o CPN foi pensado com base em critérios qualitativos, pois não haveria recursos humanos (enfermeiro obstetra/obstetiz) e financeiros suficientes no momento em que o programa da RC foi elaborado para pretender-se uma cobertura ampliada. Além disso, afirmaram que a concretização desse modelo também dependia do compromisso dos gestores. A análise do contexto realizada pelos entrevistados aponta, ainda, para um momento em que não se tinha muita clareza sobre como o Centro iria, de fato, ser implantado no Brasil (ano de 2011).

Cabe reiterar a afirmativa de um entrevistado de que o Centro foi pensado para que se tivesse um efeito-demonstração. A dimensão alcançada da implantação de CPN desde 2011 parece sustentar a hipótese desse impacto mais do que uma programação de cobertura ampliada da população, objetivo que poderia estar fora do horizonte de tempo dos gestores da época.

A cobertura pode ser considerada como potencial quando o que se mede são os recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização de determinada ação³⁹. Tem-se, hoje, uma noção desses recursos disponíveis e da necessidade de ampliação do número de enfermeiro obstetra e obstetriz para o Brasil, o que evidencia uma baixa cobertura, ou seja, ainda não se pode falar em cobertura potencial para o CPN.

Dessa forma, conclui-se que a explicitação da oferta pretendida deveria ser descrita nesse processo, possibilitando, assim, maior organização de da promoção no contexto das ações programáticas do MS.

7.1.6 Modelo de financiamento

Os recursos financeiros para o CPN foram definidos com a portaria da RC e outras subsequentes^{7,10,25}. Atualmente, estão vigentes os valores definidos pela Portaria nº 11/2015.

O CPN, como todos os serviços do SUS, deveria ser financiado com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. No entanto, para o Centro, por meio da Portaria GM/MS nº 1.479/2011⁷, a União, por intermédio do MS, decidiu assumir o benefício de cem por cento do custeio dos CPNs.

Os recursos para a construção, a ampliação e a reforma de CPN foram repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios (Siconv/MS) e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (Gescon/MS). Os auxílios para a compra de equipamentos e materiais foram repassados fundo a fundo.

O custeio mensal definido para o funcionamento do CPN foi realizado mediante repasse fundo a fundo, de recursos que foram incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal. Esses meios têm sido transferidos aos serviços, na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas⁷.

Como subsídio para a revisão da Portaria nº 904/2013, foi realizado, no ano de 2014, um estudo pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid) –SE/MS, para estimar o custeio mensal relativo às despesas com pessoal, de diferentes portes de CPN. O cálculo feito tinha o objetivo de identificar os valores adicionais necessários ao que já estava estabelecido por meio da Portaria nº 904/2013, tendo em vista a ausência de memória de cálculo que demonstrasse a metodologia utilizada para se chegar ao valor publicado. Assim, foi medido o número de repasse, com base no novo quadro de funcionários⁴⁴.

Para efeito de cálculo da necessidade de pessoal, foram utilizadas as especificações técnicas listadas na portaria quanto ao tipo de CPN, nº de quartos PPP e equipe mínima do CPN (EO, O, técnica de enfermagem e auxiliar de serviços gerais)²⁶. Além disso, foi tomado como base o custo mensal com recursos humanos nos CPN de duas instituições que cederam tais dados ao MS⁴⁴.

Assim, a nota técnica (NT) elaborou os seguintes incentivos financeiros para manutenção do CPN, no que tange aos recursos humanos: R\$ 49.898,04 (CPNi com 3 quartos), R\$ 74.500,04 (CPNi tipo com 5 quartos e CPNp com 3 quartos) e R\$ R\$ 85.108,50 (CPNp com 5 quartos)⁴⁴.

Dessa forma, cabe ressaltar que esta nota técnica definiu os valores apenas com despesa de pessoal, sem considerar os demais gastos do CPN. O custeio repassado pelo MS engloba tudo o que auxilia o processo de melhoria para o funcionamento da instituição (ex.: capacitação e reforma)⁴⁴. Após essa NT, foram redefinidos os valores de custeio mensal, conforme consta da Portaria nº 11/2015.

Para melhor compreender os gastos do MS relativos ao custeio mensal pago aos CPNs, foi elaborado o Quadro 3, no qual se comparou os valores pagos pelo procedimento do SIH/SUS: 03.10.01.005-5 – parto normal em centro de parto normal⁴⁴; valores de

custeio definidos pela Portaria nº 11/2015; e os valores constantes da NT da economia da saúde. Nos valores referentes ao “procedimento 03.10.01.005-5” e a “NT economia da saúde” foram considerados, somente, o CPN existente à época (CPN I).

Quadro 3 – Financiamento dos CPNs Segundo Valores do Procedimento SIH/SUS de Parto Normal em CPN, Portaria GM/MS nº 11/2015 e a NT

TIPO DE CPN	PROCEDIMENTO PARTO NORMAL EM CPN R\$ 443,40	PORTARIA Nº 11/2015	NT ECONOMIA DA SAÚDE
CPNi 3PPP Tipo I (40 partos/mês)	R\$ 17.736	R\$ 50.000,00	R\$ 49.898,04
CPNi 5PPP Tipo I (70 partos /mês)	R\$ 31.038	R\$ 80.000,00	R\$ 74.500,04
CPNi 3PPP Tipo II (40 partos/mês)	-	R\$ 40.000,00	-
CPNi 5PPP Tipo II (70 partos /mês)	-	R\$ 70.000,00	-
CPNp 3 PPP (40 partos/mês)	R\$ 17.736	R\$ 60.000,00	R\$ 74.500,04
CPNp 5PPP (70 partos /mês)	R\$ 31.038	R\$ 100.000,00	R\$ R\$ 85.108,50

Os valores constantes das colunas “procedimento 03.10.01.005-5” e “NT economia da saúde” não consideraram os tipos I e II de CPN, pois, naquela época, ainda não existia o CPN tipo II. Por esse motivo, tais campos ficaram em branco.

O pagamento mensal proposto pelo MS adotou um modelo de custeio global e não ressarcimento por produção de serviços. Esse parâmetro, além da vantagem de ser fixo e não variável com a produção, possui valores previstos que são três vezes maiores do que os auferidos pelo modelo de ressarcimento, aproximadamente. Esse aporte parece se constituir numa indução financeira significativa para a adoção do modelo.

No entanto, segundo os cálculos do Departamento de Economia, os valores previstos seriam suficientes somente para o pagamento da equipe⁴⁴. Essa proposição

implicaria no financiamento compartilhado com estados/municípios para viabilizar insumos, medicamentos e manutenção dos CPNs e contradiz a intenção da portaria de financiar cem por cento o custeio dos Centros. Cabe ressaltar que poderia haver economias em relação aos valores caso os estados praticassem salários menores do que aqueles utilizados no cálculo, cujas repercussões poderiam não ser na direção de um cuidado adequado para o novo modelo.

O compromisso do MS em manter o financiamento dos CPN foi estabelecido tendo a premissa de que os proponentes cumprissem os quatro requisitos principais do modelo de CPN: equipe multiprofissional completa; infraestrutura adequada; garantia da equipe de retaguarda assistencial; e produção de partos suficiente, conforme dimensão do CPN¹⁰.

No período de estudo, não houve registro de nenhuma suspensão. Cabe ressaltar também que isso dependeria da “potência” do monitoramento do MS, a qual será discutida no próximo tópico.

A percepção de uma das entrevistadas foi a de que as secretarias municipais e estaduais de saúde viram no modelo de financiamento do CPN uma possibilidade a mais de receber recursos financeiros, em decorrência dos maiores valores de financiamento, quando comparados com o valor do procedimento no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos (SIGTAP) e OPM do SUS, correspondente, mas não necessariamente implicava no interesse de adotar o modelo de cuidado.

7.1.7 Modelo de monitoramento

A portaria de 2015 estabelece que o monitoramento e a avaliação dos CPNs devam ser de responsabilidade das secretarias de saúde estaduais, municipais e Distrital Federal,

prevendo, ainda, um acompanhamento e supervisão do MS juntamente a esses entes, sem, no entanto, especificar o modelo de tal auxílio e sua periodicidade.

A Portaria nº 11/2015 previa indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores responsáveis pelo CPN. O monitoramento inclui a produção técnica dos CPNs e deveria servir como medida para o acompanhamento do processo do trabalho realizado, que deveria também refletir a qualidade do atendimento à mulher e ao recém-nascido na assistência ao parto e ao nascimento. Ou seja, os indicadores propostos para verificação revelam a preocupação do MS com a mudança de modelo com a produtividade e, também, com o pagamento de procedimento. Como exemplo, podem-se citar os indicadores “percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério” e “percentual de RN com contato pele a pele imediato após o nascimento”¹⁰. Uma importante dimensão da resolubilidade e segurança do cuidado do CPN deveria ser monitorada por meio do percentual de transferência de parturientes ou RN do CPN para outros setores do hospital (no caso do CPNi) ou para o hospital de referência (no caso do CPNp)¹⁰.

No primeiro encontro para discussão da Implantação dos Centros de Parto Normal habilitados no âmbito da Rede Cegonha (2016)⁴⁵, promovido pela CGSM e do qual pude fazer parte como técnica da área, foi explanado que a maioria dos CPN não registravam os dados relativos ao percentual de transferência de parturientes/puérperas/recém-nascido do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência e asfixia neonatal.

Apesar desses indicadores demonstrarem parte do processo de trabalho realizado nos CPN, não foram incluídos indicadores ou dados relativos à satisfação das mulheres e acompanhantes.

Uma pesquisa realizada em São Paulo, no ano de 2013, identificou que a satisfação das mulheres atendidas em um CPN de hospital público, sustenta “a política pública

vigente no Brasil de disseminar o modelo do centro de parto normal em todo o território nacional”, além da necessidade de formação de mais profissionais comprometidos com as boas práticas obstétricas e neonatais⁵⁶.

Além dos indicadores mencionados, há outra forma de monitoramento por meio do cadastro do CPN no SCNES após a habilitação pela RC. Um código era determinado segundo o porte do CPN - tipo e número de quartos PPP - sendo somente possível ao MS apenas contabilizar o número de CPNp cadastrados no Brasil (no SCNES ainda tem sido usado o termo “centro de parto normal – isolado”). Os CPNi utilizam o mesmo número do CNES do hospital ao qual são vinculados, não sendo possível identifica-los por tipo de estabelecimento.

Assim, pode-se compreender que o monitoramento, tal como disposto, sem sistema específico e sem periodicidade definida, parece ser insuficiente para dar aporte ao MS e fornecer informações que permitam sistematizar o efeito demonstração e justificar a estratégia de cuidado ofertado pelo CPN.

Tendo em vista a fala de alguns entrevistados de que o CPN tem um efeito demonstração, seria importante definir um modelo de monitoramento que englobasse a percepção das mulheres assistidas no CPN, bem como de seus acompanhantes. As experiências bem sucedidas podem contribuir com a política de mudança de modelo obstétrico e neonatal, ao passo que geram dados para ampliar a visibilidade dos CPN e convencer os gestores e a comunidade de que esta estratégia é acertada.

7.2 ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DO CPN PARA O SUS

7.2.1 Divulgação do CPN no contexto Rede Cegonha

A principal fonte de análise das estratégias de implantação foram as entrevistas com os gestores e apoiadores da RC. Alguns documentos iniciais da RC mencionam o CPN, mas não detalham como seria sua divulgação e operacionalização.

No contexto da implantação da própria RC foram identificadas algumas estratégias específicas, quer seja nos trâmites formais do SUS, como apresentação no CONASS, quer seja em espaços especialmente criados para discussão e apoio à implantação do novo modelo, como os Grupos Condutores Estaduais, fóruns perinatais e Comitê de Mobilização Social da RC. Nestes espaços, a temática do CPN pode ter sido discutida, mas não foi possível obter informações sobre como o conteúdo foi abordado.

Sabe-se que foram feitos alguns apontamentos, tais como no Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha, no dia 18 de abril de 2011⁵⁷. Este evento teve como principal objetivo o lançamento da RC e contou com a presença de membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Unicef, da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e do MS. O Secretário de Atenção à Saúde/MS daquele período, Helvécio Magalhães, mencionou que haveria estímulo à prospecção dos CPN, com possibilidades de haver tecnologias mais seguras e humanizadas. Ele lembrou o modelo do Hospital Sofia Feldman e citou que as alas e espaços deveriam ser diferenciados (hospital e casa de parto). Este Simpósio chegou ao entendimento de que a RC era uma audaciosa estratégia brasileira de mudança de modelo de paradigma na atenção obstétrica e neonatal⁵⁷.

O Manual prático para implementação da RC, utilizado pela equipe da CGSM nos anos de 2012 e 2013 foi apresentado ao gestor como um documento que sistematizava as

ações da RC, sendo incluído o conceito de CPN, suas principais atribuições e como deveria ser sua estrutura física⁴³.

Em 2013, o MS publicou uma cartilha sobre a RC para os gestores, explicando o que era, como o gestor podia levar a RC para seu município e o que ela oferecia. Dentre as ofertas, também foi mencionada a construção e custeio dos CPN⁵⁸.

No entanto, todos os entrevistados foram categóricos ao afirmar que não houve estratégia de divulgação específica para o CPN. Principalmente nos anos de 2011 e 2012, relataram que foi muito difícil colocar o CPN como uma estratégia assertiva. Ainda neste momento, era um dispositivo que deveria ser fomentado. Inicialmente começou a ser colocada a questão do profissional não médico na cena do parto – enfermeiro obstetra/obstetiz. Com isso, houve tensionamento e discussões também acerca do CPN, pois sua equipe deveria ser composta, obrigatoriamente, por enfermeiro obstetra e/ou obstetiz.

Relataram, ainda, que as principais maternidades do país iam visitar o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, para conhecer o processo de trabalho pautado nas boas práticas obstétricas e neonatais, o trabalho do Enfermeiros Obstetras e os CPN – este hospital possui dois CPN, um CPNi e um CPNp, sendo que este último fica separado fisicamente do hospital, mas dentro do mesmo terreno.

Todos os entrevistados também consideraram insuficiente a estratégia de divulgação junto à população, não sendo identificados tais mecanismos na base documental.

Mencionaram ainda que a CGSM e DAPES reconheciam a necessidade de potencializar o CPN, mas não tinham muito apoio dos níveis de gestão superiores.

Desde 2014, o parto normal passou a ser uma das prioridades da agenda política do ministro Arthur Chioro. Após uma decisão técnica e política, foi elaborado um eixo

de Incentivo ao parto normal dentro da Campanha “Da Saúde Se Cuida Todos Os Dias”, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Apesar de em 2014 o parto normal ter sido mencionado como uma das prioridades da agenda, esta ação não constava da portaria de relançamento da PNPS em novembro de 2014, sendo incluída somente no ano seguinte na sua revisão, o que evidencia a importância dada ao tema pelo então ministro⁵⁹. O foco da campanha era centrado em informações sobre o parto normal, como forma de reduzir os índices de cesarianas e estimular o parto normal. Várias fotos tiradas em maternidades públicas e CPN, bem como textos instrutivos foram divulgados, dentre eles um texto específico sobre CPN e outro sobre a enfermagem obstétrica e as obstetizas.

A própria re-publicação da portaria do CPN¹⁰ também pode ser considerada uma estratégia de divulgação e visibilidade ao CPN.

No ano de 2016, a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - CGSM/DAPES/SAS/MS e a OPAS realizaram o primeiro encontro para discussão da Implantação dos CPN habilitados no âmbito da RC⁴⁵. Para esta reunião foram convidados os 13 CPN habilitados (até o mês de setembro de 2016) pelo Ministério da Saúde e os diretores (as) dos hospitais no caso dos CPNi. Foi apresentado o cenário atual, o consolidado dos indicadores de cuidado prestados nos CPN, a produção de parto, e houve troca de experiências, debates, pactuação de compromissos e uma construção de agenda de trabalho⁴⁵.

7.3 GERENCIAMENTO DO PROCESSO

7.3.1 Solicitações de apoio dos CPN ao MS

Com a operacionalização da RC, os estados e municípios elaboraram propostas de PAR com indicação do CPN para sua região de saúde, sendo possível que os gestores solicitassem apoio e incentivos financeiros para os CPN, tais como reforma e ampliação

de área física, aquisição de equipamentos e materiais permanentes, e custeio mensal para seu funcionamento⁷.

Durante este processo, o MS recebeu 251 PAR que continham propostas de habilitação de CPN, sendo 170 propostas de obras (reforma, ampliação, construção) e 45 de equipamentos⁴³.

Das 251 propostas de habilitação de CPN, 171 foram solicitadas até abril de 2013⁴³, ou seja, antes da publicação da 1ª portaria que definiu os critérios para implantação e habilitação de CPN, em conformidade com o componente parto e nascimento da RC.

Estas solicitações abrangeram todos os estados do Brasil. O incentivo financeiro previsto para cada CPN era de R\$ 960.000,00 ao ano, conforme definido no anexo II da portaria nº 1.459/2011 ((G) Custeio do Centro de Parto Normal conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (cinco quartos de pré-parto, parto e pós-parto para cada CPN)⁷.

Das 170 propostas de obras solicitadas entre 2011 e 2016, 41 foram canceladas, 90 ainda se encontravam em ação preparatória (pendência documental), 29 em execução da obra e somente 10 foram concluídas até o final de 2016. Dentre as solicitações de obras, 90 foram de ampliação, 13 de construções e 67 reformas⁴³.

Até o final do ano de 2015, foram concluídas apenas 3 obras e em 2016 mais 7 obras. Segundo uma apresentação feita para a Casa Civil em 02/12/2013⁴³, a meta para o ano de 2014 era de concluir 18 CPN. Observa-se que nenhuma obra foi concluída no tempo previsto. Em média, cada obra tem demorado cerca de 3 anos para ser concluída. Até o final de 2016, haviam 29 obras em andamento.

Além disso, das 3 obras concluídas em 2015, duas não cumpriram o objeto da proposta que era o CPN⁴³. Apesar da notificação formal feita pelo MS aos gestores destes

03 estabelecimentos, não foram obtidas informações sobre o cumprimento do objeto e processo de trabalho - boas práticas - realizado nestes estabelecimentos. Alguns afirmaram que não sabiam que o objeto do financiamento era a implantação do CPN, outros foram categóricos ao afirmar que não tinham interesse neste tipo de serviço.

Essas duas obras que não resultaram em CPN, foram solicitadas no ano de 2011, o que corrobora a afirmação dos entrevistados de que no início da RC, não havia um entendimento claro do que era um CPN e de que muitos gestores viram apenas uma oportunidade de receber recursos financeiros adicionais. Das 7 obras concluídas em 2016, apenas um CPN solicitou habilitação pela RC⁴³.

Abaixo, pode-se visualizar o universo das solicitações de CPN em PAR segundo as regiões brasileiras, especificando-se as solicitações de equipamentos, obras, solicitação de custeio mensal e habilitações. Como um CPN poderia solicitar mais de um tipo de apoio, este tipo de situação foi identificado (CPN sem superposição) no Quadro 4.

Quadro 4 – Solicitações de Apoio ao MS para Implantação do CPN

REGIÃO	CPN/PAR	EQUIPAMENTOS	OBRAS	CUSTEIO MENSAL	CPN SEM SUPERPOSIÇÃO	HABILITADOS
N	32	5	41	2	22	2
NE	96	21	71	18	64	9
CO	19	1	14	4	10	1
SE	74	9	34	3	61	3
S	30	9	10	1	19	0
Total	251	45	170	28	176	15

Cabe ressaltar que os CPN “habilitados” foram aqueles que cumpriram os requisitos da portaria GM/MS nº 11/2015 e estão funcionando e recebendo o custeio mensal – etapa final da implantação.

Considerando-se que a meta prevista no PPA era a de implantar 65 CPN até o final de 2015¹⁶, observa-se que o nº de 15 CPN habilitados no período fica aquém do previsto, apesar da solicitação prevista nos PAR tenha sido expressiva.

7.3.2 Análise das solicitações de habilitação

A habilitação de um CPN em conformidade com a RC, indica que o mesmo cumpriu os critérios definidos na normativa específica, total ou parcialmente (dependendo do tipo de pendência ele poderia ser aprovado com ressalvas e prazo para resolução).

Desde 2011, a CGSM/DAPES/SAS/MS recebeu 31 solicitações de habilitação, sendo 27 CPN intra-hospitalares e 04 CPN peri-hospitalares. Destas 31, apenas 15 CPN foram habilitados até o mês de dezembro de 2016⁴³.

As solicitações estão distribuídas entre 13 Estados (AL, AM, BA, CE, DF, GO, MG, MS, PA, PE, PI, SC, SP), com a maioria dos CPN concentrados na região Nordeste do País (total de 15). O quadro abaixo mostra a distribuição das solicitações de CPN por região do país e o número total de quartos PPP.

Quadro 5 – Distribuição das Solicitações de Habilitação de CPN no SUS

REGIÃO	CPN HABILITADOS	CPN EM TRÂMITE PARA HABILITAÇÃO	TOTAL DE QUARTOS PPP
N	1	4	17
NE	9	6	62
CO	1	3	16
SE	4	2	23
S	0	1	3
TOTAL	15	16	121

A análise dos documentos de solicitações evidenciou como principais entraves para a habilitação a estrutura física, número insuficiente de enfermeiro obstetra/obstetiz, baixa produção de parto e pendências em relação a outros documentos, conforme quadro abaixo.

Quadro 6 – Pendências para a Habilitação

REGIÃO	TIPO DE PÊNDÊNCIA			
	ESTRUTURA FÍSICA	RECURSOS HUMANOS	PRODUÇÃO DE PARTO	OUTRAS
N	1	1	1	2
NE	4	2	1	2
CO	1	0	1	2
SE	2	0	0	0
S	1	0	0	0
TOTAL	9	3	3	6

Das 31 solicitações de habilitações, 9 CPN tiveram pendências de obras e reformas de estruturas físicas numa primeira análise. Dentre estes, 8 recorreram ao MS solicitando apoio (reforma, ampliação ou construção) para superar essas pendências. Destas 08 solicitações, 02 foram canceladas, 05 estavam em ação preparatória e somente uma obra havia sido iniciada até dezembro de 2016⁴³.

A maior carência de enfermeiro obstetra e obstetiz nas regiões norte e nordeste do país se constituíram como pendências. Além disso, esses 3 CPN estão localizados no interior dos respectivos estados, o que evidencia maior dificuldade de mão de obra disponível em tais locais.

Desde o ano de 2013, o MS tem concentrado esforços na formação de Enfermeiro Obstetra nas regiões norte e nordeste, distribuindo grande quantidade de vagas para os programas de residência e cursos de especialização, em comparação com as outras regiões do país. Excetua-se apenas a região sudeste que concentrou o maior número de vagas para o programa de residência⁴³.

Também, pode-se depreender do quadro 6, a dificuldade de alguns CPN em atingir a produção mínima de partos normais definido em portaria¹⁰, talvez em virtude do atual cenário brasileiro de transformação do modelo assistencial ao parto e nascimento, com baixo número de enfermeiro obstetra e obstetriz disponível no mercado de trabalho e/ou com a dificuldade de reorganização dos serviços para garantir a assistência desses profissionais. Observa-se as regiões norte e nordeste com dificuldade em atingir a produção mínima de partos, fato que pode estar relacionado com o déficit de enfermeiro obstetra e obstetriz nestas regiões.

Os 15 CPN habilitados contabilizam 57 quartos PPP e uma produção de partos de aproximadamente 860 partos por mês, 10.320 partos por ano. O quadro abaixo evidencia a capacidade instalada de CPN (somente habilitados) e sua cobertura por região do país.

Quadro 7 – Produção e Cobertura dos CPN Habilitados

REGIÃO	PRODUÇÃO DE PARTO/ANO/CPN HABILITADOS	SINASC - PARTO VAGINAL – ANO 2015 ⁵³	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL	COBERTURA DO CPN EM RELAÇÃO À ESTIMATIVA DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL
N	840	170.686	159.591	0,52%
NE	5.880	424.228	396.653	1,48%
CO	1.440	94.750	88.591	1,62%
SE	2.160	486.881	455.233	0,47%
S	0	160.407	149.980	0%
TOTAL	10.320	1.336.952	1.250.048	0,82%

A estimativa de gestantes de risco habitual (quadro 7) foi calculada com base no parâmetro definido no anexo III da portaria SAS/MS nº 650/2011⁴². Dessa forma, primeiro foi calculado a estimativa de gestantes (número de nascidos vivos no ano anterior + 10%) e, posteriormente, o número de gestantes de risco habitual (85% das gestantes estimadas). Com esses dados, foi calculada a cobertura do CPN em relação à estimativa de gestantes de risco habitual no Brasil. O resultado mostra que 0,82% dos partos de baixo risco do Brasil foram assistidos em CPN habilitados pela RC, no âmbito do SUS, no ano de 2016.

Na Inglaterra, aproximadamente 12.000 mulheres tiveram seus bebês em FMU, o que representa cerca de 2% do total de nascimento no país. No País de Gales, cerca de 4% dos nascimentos ocorreram em um FMU, e na Escócia, cerca de 2.6%⁶⁰. Os FMU são semelhantes aos CPNp no Brasil. No Brasil há apenas três CPN peri-hospitalares que contabilizam cerca de 1.800 partos/ano e uma cobertura estimada em 0,14%.

Cabe ressaltar que o modelo de atenção ao parto na Inglaterra incorpora o enfermeiro obstetra e Obstetrix em outros serviços (AMU, OU)⁴⁸ não somente no FMU, o que sugere uma cobertura mais ampla das gestantes de risco habitual por estes profissionais.

Em relação à produção de parto nos FMU, ocorrem cerca de 200-300 partos por ano⁶⁰. O FMU da Inglaterra também é semelhante ao CPNp do Brasil em aspectos de assistência baseada em boas práticas, distância ao hospital de referência e cuidado integral realizado por EO e obstetrix^{48,60}.

Apesar dos números mostrarem uma cobertura um pouco mais elevada e não tão distante da realidade brasileira, cabe destacar que o modelo obstétrico inglês fornece serviços de alta qualidade, com cuidados individualizados para todas as mulheres e apoiados por uma organização eficaz⁴⁸. Na Inglaterra, o cuidado das parteiras para as

mulheres de baixo risco está mais consolidado do que no Brasil. Neste país é bem estabelecido que o cuidado por parteiras melhora os resultados maternos, reduz o número de procedimentos no trabalho de parto e aumenta a satisfação com o cuidado, além do fato primordial de que o parto é tão seguro para os bebês em unidades FMU e AMU, como nas unidades obstétricas, mas com os benefícios adicionais de intervenções reduzidas para a mãe⁶⁰.

O primeiro encontro para discussão da Implantação dos Centros de Parto Normal habilitados no âmbito da Rede Cegonha (2016), também revelou que todos os CPN alcançaram a produção de partos⁴⁵ definidas pela Portaria Nº11/2015. Porém, foi observado que os CPNi tipo II registraram uma produção de parto acima do preconizado, fato este que chama a atenção para a elevada rotatividade dos quartos PPP, tendo em vista o encaminhamento, após o puerpério imediato, de mãe e RN ao ALCON; e para a identificação, talvez inadequada, das parturientes de risco habitual.

Outra característica da implantação dos CPN no SUS que merece destaque é a operacionalização do apoio financeiro, tendo em vista que houveram momentos de contingenciamento orçamentário, de acordo com as orientações políticas e técnicas do MS, principalmente das gestões dos anos 2014-2016⁴³.

Neste período, a CGSM aprovou o mérito de 10 CPN, encaminhando os pareceres para o departamento responsável em viabilizar a transferência de recursos federais no tocante ao limite financeiro de média e alta complexidade (MAC) aos gestores estaduais e municipais.

Em análise documental foi possível observar solicitações de habilitação de CPN do ano de 2013, aprovadas em 2014 pela CGSM que só tiveram publicadas as portarias habilitação e repasse de recursos financeiros no mês de outubro de 2015⁴³.

O mesmo aconteceu com outros 2 serviços, que tiveram seus pareceres aprovados e encaminhados em 2015 e só foram habilitados em dezembro de 2016⁴³. Embora houvesse orçamento para as ações, não é extraordinário que eventuais necessidades do MS tenham provocado remanejamentos internos.

Conclui-se assim, que mesmo com a dotação prevista no PPA 2012-2015 para implantação de 65 CPN¹⁶, não houve incentivo financeiro em tempo hábil para potencializar a implantação de mais CPN no Brasil.

7.4 MODELIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO CPN

A operacionalização das ações para implantação do CPN dependeu de uma série de fatores e ações conforme expostos acima. A partir da construção do modelo lógico foi possível relacionar os vínculos que se articularam no curso do tempo entre os componentes, as proposições da implantação e os resultados.

O quadro a seguir sintetiza a construção do modelo lógico, permitindo apreciar a diferença entre o que foi proposto para a implantação do CPN e o que de fato foi implantado (resultados da avaliação), os critérios de avaliação utilizados e a emissão de julgamento segundo cada componente:

Quadro 8 – Modelização da Implantação de Centro de Parto Normal

		COMPONENTES	PROPOSIÇÕES DA IMPLANTAÇÃO	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	AVALIAÇÃO	
IMPLANTAÇÃO DO CPN NO SUS	<i>Concepção do Modelo</i>	Objetivo e clientela	Ofertar novo cenário para o parto de risco habitual;	A elaboração da proposta baseia-se na experiência internacional e indica benefícios para as mulheres de risco habitual	Adequação às proposições da literatura nacional e internacional	Adequado	
			Atender somente gestantes de risco habitual				
		Ambiência	Quarto PPP - espaço que favorece boas práticas e privacidade	Portarias definem espaço individualizado com recursos adequados às boas práticas		Adequado	
		CPN na Rede Assistencial	Acesso ao hospital de referência	Portarias especificam obrigatoriedade de hospital de referência, com tempo de deslocamento de 20 minutos, menor tempo mencionado na literatura		Adequado	
			Articulação com a atenção básica	Portarias não especificam articulação com a atenção básica		Inadequado	
		Equipe	Inserção EO e O na cena do parto	Portarias preveem o EO e O, porém a oferta limitada deste profissional restringe possibilidade de implantação em larga escala		Parcialmente adequado	
		Oferta assistencial	Estabelecido um parâmetro populacional	Parâmetro não explicita sua referência, projeta baixa cobertura, reflete o máximo de CPN que poderiam ser financiados		Cobertura alta da população	Parcialmente adequado
		Modelo de Financiamento	Financiamento global de custeio com metas assistenciais pactuadas	Proposição de um modelo de financiamento global, com ampliação de recursos frente ao modelo de pagamento por procedimento, cálculo do montante aponta para recursos suficientes somente para a equipe		Suficiência de recursos	Parcialmente adequado
		Monitoramento	Conjunto de indicadores de processo e resultado do cuidado	Indicadores propostos abrangem o cuidado e não somente a produção, não inclui indicador de satisfação		Pertinência dos indicadores frente à literatura	Parcialmente adequado
			Modelo do monitoramento	Não foi estabelecida periodicidade do monitoramento nem o fluxo de informação para o MS		Alcance de objetivo	Inadequado
<i>Estratégias de Implantação</i>	Estratégia de Divulgação	Mecanismos de comunicação do MS	Não houve um processo de divulgação específico, somente no contexto da RC; Utilização de diferentes fóruns e produção de material de auxílio aos gestores	Alcance de objetivo	Parcialmente adequado		
	Gerenciamento do Processo	Inclusão no PAR, solicitação de obras, equipamentos e custeio para funcionamento	Meta PPA 2012-2015: 65 CPN. CPN implantados em 2016: 15 CPN.		Parcialmente adequado		

Com esse modelo apresentado foi possível identificar as variáveis significativas que marcaram a implantação do CPN no SUS e os efeitos por elas produzidos.

A coluna “proposições da implantação” relaciona as diversas atividades necessárias para que a implantação do CPN ocorra.

A coluna “resultados da avaliação” evidencia que essas atividades podem ser por demais complexas e por vezes interdependentes, o que significa um entrave ou lentificação do processo.

Os critérios de avaliação foram concebidos para evidenciar a adequação das atividades realizadas às normas existentes. Este critério representa a qualidade das atividades produzidas, isto é, o respeito às normas em termos de estrutura (recursos) e de processos¹². Do total de 11 proposições, percebe-se que somente três estavam adequadas, seis parcialmente adequadas e duas inadequadas.

A avaliação dos componentes da concepção tende a mostrar uma maior adequação à literatura. O objetivo, a clientela, a ambiência e a retaguarda de uma maternidade ao CPN se mostraram adequados. Quatro outros componentes se apresentaram parcialmente adequados. A relação do CPN com a atenção básica não foi prevista; o quantitativo de enfermeiros obstetras e obstetrites no país apareceu como principal restrição à implantação, compensada por um esforço de apoio à formação destes profissionais; a estimativa de oferta projeta uma baixa cobertura e pareceu ter sido limitada ao que o recurso financeiro disponível poderia viabilizar. O financiamento foi considerado parcialmente adequado por ter sido previsto recurso maior que o praticado pelo SIGTAP mas ainda assim as estimativas do próprio MS apontaram sua insuficiência. A questão identificada em relação ao monitoramento foi a inexistência de fluxo que permitisse ao MS acompanhar este novo lugar de parto e nascimento, apoiado técnica e financeiramente pelo MS.

Os componentes da estratégia de implantação se mostraram parcialmente adequados. A divulgação do CPN era um dos componentes da RC, o que foi considerado adequado por reforçar o conceito de um sistema perinatal que incorpore este novo espaço que a literatura aponta como mais adequado para os partos de risco habitual, evitando submeter a parturiente e sua família ao ambiente hospitalar com as restrições próprias desta organização. Não houve uma concepção de atividades específicas para divulgação do CPN nem registro das atividades que foram realizadas no contexto da RC. A divulgação do CPN para a população também foi considerada pelos entrevistados como inexistente. As ações gerenciais e administrativas que deveriam ser realizadas para solicitar financiamento para obras, equipamentos e custeio para funcionamento do CPN não puderam atingir as metas de implantação de CPN estabelecida no PPA para o período de 2012-2015. Ressalta-se o pequeno número de CPN em operação assim como aqueles habilitados no período de estudo.

Os componentes considerados inadequados foram: articulação com a atenção básica e modelo de monitoramento. Ficou evidente que não há uma delimitação concreta quanto a estas duas proposições nas normativas brasileiras.

Sinteticamente, tem-se que os resultados foram diferentes de acordo com as regiões do país, principalmente nos componentes que evidenciam os recursos humanos e processos de trabalho. A implantação de uma intervenção tão complexa quanto o CPN pode ser influenciada por uma gama de características tais como “o apoio dos gestores em favor do projeto ou pela própria coerência entre o programa, seu financiamento e as atividades”¹².

8 CONCLUSÃO

O processo de implantação dos CPN no SUS no período da RC (2011 a 2016) foi o objeto desta pesquisa. A necessidade de avaliar a implantação de uma política tem sido alvo de literatura relevante em diversos países, mas também no Brasil. Tomou-se como referencial a análise da implantação por ser um dos tipos de pesquisa avaliativa e por poder contribuir para análise das interações entre a intervenção e o contexto de implantação na busca por análise da produção dos efeitos^{12,39}.

Entendeu-se, portanto a implantação dos CPN no SUS como uma intervenção concreta no contexto de um esforço renovado pelo MS de proposições para melhoria do cuidado perinatal. Para compreender o desenrolar desta intervenção¹², buscou-se construir um modelo de análise tomando a literatura internacional e nacional, assim como a experiência internacional com CPN como referente para o julgamento da implantação dos CPN.

Ainda, observou-se que ao final de 2016 foram habilitados somente 15 CPN⁴³, sendo que a meta do Plano Plurianual de Governo (PPA) para os anos de 2012-2015 era a de implantar 65 CPN até 2015¹⁶. A cobertura ofertada por esses 15 CPN frente a estimativa de gestantes de risco habitual do Brasil, evidencia que 0,82% dos partos de risco habitual foram assistidos em CPN habilitados pela RC. Ou seja, ainda se tem uma cobertura baixa o que indica um processo de implantação insipiente.

Considerando o modelo construído e os resultados apresentados pode-se inferir que a implantação do CPN não se deu em larga escala, assumindo apenas um papel de efeito-demonstração para o novo modelo obstétrico brasileiro como apontado por um entrevistado.

De modo geral, o processo - a maneira pela qual o CPN tem sido implementado evidencia uma construção lenta buscando superar algumas dificuldades, tais como a

quantidade de enfermeiros obstetras e obstetizes existentes, o financiamento insuficiente e a oposição de parte significativa de médicos obstetras. Não se pode desconsiderar a força do modelo ainda vigente, caracterizado por uma cultura cesarista que gera uma epidemia desta cirurgia. Aliada a esta cultura, tem-se a baixa adesão e reconhecimento das evidências que suportam as práticas que consideram a fisiologia do corpo da mulher e seu direito de vivenciar o parto e nascimento de seu filho como um evento saudável e sensível.

Desta forma, e a partir dos resultados apresentados pela modelização da implantação de CPN (quadro 8), recomenda-se:

- Incentivar que todos os estabelecimentos de saúde que realizam partos e que possuem enfermeiro obstetra e/ou obstetriz na equipe, registrem em AIH o procedimento com código específico do CNES e CBO de enfermeiro obstetra. Publicação de portaria ministerial com essa recomendação. Ampliar os cursos de formação em enfermagem obstétrica;
- Criar parâmetros mais específicos para definir a quantidade mínima de CPN necessários, de acordo com a realidade obstétrica brasileira e não apenas de cunho populacional;
- Incluir indicadores de satisfação das usuárias a serem monitorados pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN;
- Estabelecer sistema para monitoramento do funcionamento dos CPN;
- Definir critérios regulatórios sobre a articulação do CPN com a atenção básica;
- Ampliar a divulgação dos CPN por meio do site do MS, redes sociais, materiais informativos para gestores e população e campanhas publicitárias;
- Oferecer apoio técnico aos estados e municípios para que consigam ampliar o número de CPN. Dotação orçamentária que contemple esta ampliação.

Em conclusão cabe ressaltar que um processo de mudança de tal magnitude realmente deve tomar mais tempo para a mudança de cultura dos profissionais, população e gestores da saúde, mas que a concepção do modelo analisado nesta pesquisa evidencia sua pertinência ao sistema de saúde brasileiro, como uma das ferramentas para a mudança do modelo do parto e nascimento e da redução da mortalidade materna e neonatal.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a manutenção do processo de implantação de CPN, indicando os aspectos a serem alvo de estratégias específicas para superação das dificuldades apontadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF et al. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. J Nurs UFPE on line., Recife, 10(2):593-9, Feb., 2016. [internet]. [acesso em 2 julho 2017]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6990/pdf_9608
2. Silva MMRG. Parir é natural. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016 abr.-jun. [internet]. [acesso em 2 julho 2017]. Disponível em: http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/1145/pdf_114
3. Lansky S et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. [internet]. [acesso em 2 julho 2017] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
4. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil, Inquérito sobre Parto e Nascimento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S5-S7, 2014
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o parto cesariana. [internet]. [acesso em 10 abril 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agenciasaude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>
6. WHO. World Health Organization. Caesarean sections should only be performed when medically necessary [internet]. [acesso em 1 maio 2015]. Geneva: WHO; 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SU), a Rede Cegonha [internet]. [acesso em 1 maio 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. [internet]. [acesso em 27 maio 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal; [internet]. [acesso em 27 maio 2016]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf
10. 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; [internet]. [acesso em 27 maio 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
11. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2014. 110p. : il;
 12. BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2011. 291 p., il;
 13. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: OMS. Tradução para Português: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 1996;
 14. Correio Brasiliense. [internet]. [acesso em 23 agosto 2015]. Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2014/12/28/internin_polbraeco,463732/mesmo-tendo-plano-de-saude-parte-das-mulheres-opta-por-parto-no-sus.shtml
 15. Revista Crescer. [internet]. [acesso em 23 agosto 2015]. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Planejando-a-gravidez/noticia/2014/09/ambiente-hospitalar-nada-disso-conhecacasas-de-parto.html>
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de gestão da SAS - 2013. [internet]. [acesso em 23 fev 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2013.pdf>
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 743, de 22 de dezembro de 2005. [internet]. [acesso em 23 maio 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria743_22_12_05.pdf
 18. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. [internet]. [acesso em 23 fev 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html
 19. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde; [internet]. [acesso em 23 maio 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html
 20. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck A, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):812-8

21. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1349-1359, jun, 2007
22. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2):274-9
23. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AM e Ne Brasileiro [internet]. [acesso em 21 abril 2016]. Disponível em: http://eventos.opasbrasil.org/public/documents/6_Dr-142649.pdf
24. Vasconcelos MFF, Martins CP, Machado DO. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*. DOI: 10.1590/1807-57622013.0335. [internet]. [acesso em 21 abril 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/18075762icse1807576220130335.pdf>
25. Ministério da Saúde. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece 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; [internet]. [acesso em 21 abril 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html
26. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, Lobo SF, Saito E. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp 2):1297-302
27. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(3) Jul-Set 2015
28. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - Conitec. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília; 2016
29. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde; [internet]. [acesso em 22 janeiro 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html
30. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, [internet]. [acesso em 21 abril 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895914>
31. https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_157932.html. [internet]. [acesso em 22 abril 2016]

32. Hatem M, Sandal LJ, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford
33. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
34. Dante G, Neri I, Bruno R, Salvioli C, Facchinetti F. Perinatal and maternal outcomes in a midwife-led centre in Italy: a comparison with standard hospital assistance. *Minerva Ginecol.* 2016 Jun;68(3):237-42. [internet]. [acesso em 29 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27206063>
35. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Serv Deliv Res* 2015;3(36) [internet]. [acesso em 29 maio 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26334076>
36. Schneck CA et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):77-86
37. Jamas MT et al. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(12):2436-2446, dez, 2013
38. Vogt SE et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(9):1789-1800, set, 2011
39. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador : EDUFBA ; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p. : il
40. Hartz ZMA, org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1
41. Lopes ALM. et al. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias na perspectiva da Promoção da Saúde: uma reflexão teórica. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*, Fortaleza, 26(4): 590-594, out./dez., 2013
42. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. [internet]. [acesso em 14 março 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html
43. Brasil. Ministério da Saúde. Documentos técnicos da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres/DAPES/SAS/MS
44. Ministério da Saúde. Nota técnica Nº 133/2014/DESID/SE/MS, de 17 de junho de 2014

45. Ministério da Saúde. Ata I encontro dos Centros de Parto Normal habilitados pela RC
46. https://www.health.ny.gov/regulations/state_plans/status/noninst/original/docs/os_2013-12-30_spa_13-27.pdf. [internet]. [acesso em 14 janeiro 2017]
47. Ministério da Saúde. Orientações para elaboração de projetos de ampliação e reforma. [internet]. [acesso em 14 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgHosAB/guia-sismob2>
48. National Institute for Health Research. Mapping maternity care: the configuration of maternity care in England Birthplace in England research programme. Final report part 3. 2011. [internet]. [acesso em 19 fev 2017]. Disponível em: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR3_08-1604-140_V04.pdf
49. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 51, de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e dá outras providências; [internet]. [acesso em 14 janeiro 2017]. <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-51-de-6-de-outubro-de-2011>
50. Alternative health care delivery model; birth center. [internet]. [acesso em 14 janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/fulltext.asp?DocName=021000030K35>
51. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução Nº 439/2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências. [internet]. [acesso em 18 fevereiro 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04392012_17420.html
52. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. [internet]. [acesso em 09 março 2017]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf
53. Ministério da Saúde. DATASUS. [internet]. [acesso em 09 março 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
54. Ministério da Saúde. DATASUS. [internet]. [acesso em 14 março 2017]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>
55. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 293/2004 - Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. [internet]. [acesso em 14 março 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html
56. JAMAS, M.T. et al. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(12):2436-2446, dez, 2013
57. Ministério da Saúde. Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento

de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 92 p. :il

58. Ministério da Saúde. Cartilha para apresentação de propostas no Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 106 p. : il
59. Malta, DC et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1683-1694, 2016
60. Freestanding Midwifery Units: Local, high quality maternity care. [internet]. [acesso em 19 fev 2017]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/FMU%20Mythbuster%20-%20Web%20Final.pdf>

ANEXO I

CPN habilitados de acordo com a Portaria GM/MS nº11/2015, no período de 2011 a 2016:

Nº	UF	MUNICÍPIO	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO	TIPO DE CPN (PERI/INTRA-HOSPITALAR)
1	CE	TAUÁ	2328046	Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima	Intra-hospitalar
2	CE	CRATEÚS	2481073	Hospital São Lucas – Sociedade Beneficente São Camilo	Intra-hospitalar
3	CE	LIMOEIRO DO NORTE	2527707	Hospital Materno Infantil São Raimundo	Intra-hospitalar
4	MG	BELO HORIZONTE	26794	Hospital Sofia Feldman	Intra-hospitalar
5	MG	BELO HORIZONTE	26794	Hospital Sofia Feldman	Peri-hospitalar
6	BA	SALVADOR	6564	CPNp Unidade mista Dr. José Carneiro de Campos - Mansão do Caminho	Peri-hospitalar
7	PE	RECIFE	434	Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira	Intra-hospitalar
8	CE	MARACANAÚ	2806215	CPNp Agacil de Almeida Camurça do Hospital Municipal Dr Joao Elisio de Holanda (HMJEH)	Intra-hospitalar
9	CE	TIANGUÁ	2560852	Hospital e Maternidade Madalena Nunes – Sociedade Beneficente São Camilo	Intra-hospitalar
10	CE	ITAPIPOCA	2552086	Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo	Intra-hospitalar
11	SP	JACAREÍ	2085194	Hospital São Francisco de Assis – Associação Casa Fonte de Vida	Intra-hospitalar
12	BA	JUAZEIRO	2520524	Maternidade Municipal de Juazeiro	Intra-hospitalar
13	DF	SÃO SEBASTIÃO	2650355	Casa de Parto da Unidade Mista de São Sebastião	Peri-hospitalar
14	PA	BELÉM	2752700	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	Intra-hospitalar
15	PI	TERESINA	2323397	Maternidade Dona Evangelina Rosa	Intra-hospitalar

ANEXO II

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA

- 1) No contexto da Rede Cegonha, como foi retomada a discussão do Centro de Parto Normal (CPN)?
- 2) Como se deu a construção da portaria nº 904 de 29 de maio de 2013 e a concepção do CPN no contexto da Rede Cegonha? Quais foram os critérios que nortearam a redação da PT nº 904, que explicita detalhes de protocolo, equipe, ambiência e outros?
- 3) Quais foram os critérios que nortearam a definição da distância do CPN peri-hospitalar ao hospital de referência? A PT nº 985/1999 definiu o CPN autônomo/isolado com tempo de deslocamento de até 1 hora do hospital de referência. A PT nº 904/2013 definiu o CPN peri-hospitalar distante 200m do hospital de referência.
- 4) Quais os critérios que nortearam a construção do parâmetro populacional na conformação do número de CPN por municípios? Posicione-se frente ao parâmetro- cobertura pretendida.

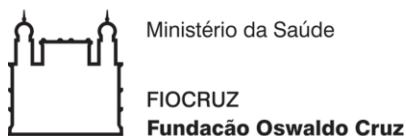
Parâmetro	
Municípios	CPN
de 100 a 350 mil hab.	1 CPN
de 350 a 1 milhão hab.	2 CPN
maior de 1 milhão hab.	3 CPN
maior de 2 milhões hab.	4 CPN
maior de 6 milhões hab.	5 CPN
maior de 10 milhões hab.	6 CPN

- 5) Quais foram as estratégias adotadas para divulgação do CPN?
- 6) Considerando o quadro de solicitações no período de 2011 a 2016, qual sua análise do mesmo? Como você compreende esse quadro como adesão ao modelo de CPN das regiões de saúde?

REGIÃO	CPN previstos no PAR	EQUIPAMENTOS	OBRAS	SOLICITAÇÕES DE HABILITAÇÃO	HABILITADOS
Norte	32	5	41	2	0
Nordeste	96	21	71	18	9
Centro Oeste	19	1	14	4	1
Sudeste	74	9	34	3	3
Sul	30	9	10	1	0
Total	251	45	132	28	13

- 7) Você identifica outras estratégias, parâmetros que poderiam ampliar a chance de expansão do número de CPN no Brasil? Se sim, quais?

ANEXO III



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação da implantação dos Centros de Parto Normal no SUS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL E CONTATO: Amanda Fedevjcyk De Vico

Fontoura – (21) 2554.1913

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL E ENDEREÇO: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira IFF/Fiocruz – Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – RJ - CEP: 22.250-020

NOME DO SUJEITO DA PESQUISA: _____

O Sr.(a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Avaliação da implantação dos Centros de Parto Normal no SUS**” de autoria de Amanda Fedevjcyk De Vico sob a orientação das pesquisadoras Cynthia Magluta e Maria Auxiliadora Gomes, relativa a sua dissertação de mestrado profissional junto a Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

- O objetivo do presente estudo é avaliar o processo de implantação dos Centros de Parto Normal no contexto da Rede Cegonha, no Brasil, no período de 2011 a 2016. A pesquisa será feita através de uma pesquisa documental com as publicações do MS sobre este tema e complementada com entrevista com atores chaves do processo de implantação dos Centros de Parto Normal.

- Você está convidado(a) a participar desta entrevista sobre sua prática profissional durante o processo de implantação dos Centros de Parto Normal, esta entrevista será gravada e transcrita para posterior estudo, sendo preservada sua privacidade assim como poderá ser acessada por você a qualquer momento. Você pode se recusar a participar a qualquer momento e nenhuma consequência ocorrerá em função de sua negativa.

- Os riscos que esta pesquisa pode acarretar referem-se a você se sentir angustiado ou mobilizado pela revisita a sua prática. Isso poderá ser falado e conversado com o pesquisador que buscará acolher e encaminhar da melhor forma para o participante.

- A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de reflexão que pode auxiliar na qualificação de sua prática profissional, assim como dos modos de gerir em saúde.

- Não haverá nenhum custo por sua participação neste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação, que é totalmente voluntária. É garantido o direito a indenização, segundo a legislação vigente diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

- O registro dos depoimentos assim como as transcrições serão sigilosas e mantidas pelo pesquisador por um período de cinco anos. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

- O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491

- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Diante do exposto acima, eu, _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Avaliação da implantação dos Centros de Parto Normal no SUS**”, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____ Assinatur

a _____

TCLE versão 01

_____ Rubrica sujeito

_____ Rubrica pesquisador