



O centro de parto normal na rede de atenção materno-infantil brasileira*

El centro de parto normal en la red de atención de salud materno infantil brasileña

The birth center in the Brazilian maternal and child health care network

Recepção: 11 de Agosto de 2020. **Aprovação:** 22 de Fevereiro de 2021. **Publicação:** 30 de Dezembro de 2021.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.cpnr>

Vitória Lúcia Soares Oliveira
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3082-572x>

Sâmela Abreu e Santiago
Universitário Estácio do Ceará, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4260-5641>

Adriano da Costa Belarmino^a
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4401-9478>

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9483-8060>

Para citar este artigo: Oliveira VLS, Santiago SA, Belarmino AC, Ferreira Júnior AR. O centro de parto normal na rede de atenção materno-infantil brasileira. Rev Gerenc Polit Salud. 2021 (40). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.cpnr>

* Artigo de pesquisa.

^a Autor de correspondência. Correio eletrônico: adrian_belarmino@hotmail.com

Resumo

Introdução. A implantação de centros de parto normal (CPN) é um instrumento da rede de saúde que estimula o protagonismo e a autonomia feminina, bem como a aplicação das boas práticas baseadas em evidências. **Objetivo.** Compreender o papel do CPN na rede de atenção à saúde materno-infantil do Brasil. **Método.** Estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo realizado em CPN no Ceará, com seis enfermeiras, em 2018. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais em profundidade. Utilizou-se a análise temática para a organização dos resultados, com discussão baseada na teoria da racionalidade limitada. **Resultados.** A articulação dos CPN com unidades de atenção primária através de visitas guiadas e hospitais de nível terciário para transferências em situações críticas é um elemento importante da rede de saúde, tendo o enfermeiro obstetra como articulador; no entanto, evidencia-se que há desafios a serem superados seja nas tomadas de decisões, seja nas relações profissionais intraequipe de saúde, seja na dinâmica dos fluxos de atendimento. **Conclusões:** Incertezas na tomada de decisão relacionadas a aspectos individuais constituem limitações para o desenvolvimento das boas práticas, para a qualidade dos cuidados e para o protagonismo da mulher, o que também limita o CPN na rede de saúde obstétrica para atingir seu potencial total, diminuir peregrinações da mulher e índices de mortalidade materno-infantil.

Palavras-chave: Centro de parto normal, Rede Cegonha, serviços de saúde materno-infantil, enfermeiras obstétricas.

Resumen

Introducción. La implementación de los Centros de Parto Normal (CPN) es un instrumento de la red de salud que estimula el protagonismo y la autonomía femenina y la aplicación de buenas prácticas basadas en evidencia. **Objetivo.** Comprender el papel del CPN en la red de atención de salud materno infantil en Brasil. **Método.** Estudio con enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo realizado en un CPN en Ceará, con seis enfermeras, en 2018. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas individuales en profundidad. El análisis temático se utilizó para organizar los resultados, con una discusión basada en la teoría de la racionalidad limitada. **Resultados.** La articulación de los CPN con las unidades de atención primaria a través de visitas guiadas y hospitales de nivel terciario para traslados en situaciones críticas es un elemento importante de la red de salud, con el enfermero obstétrico como articulador, sin embargo, es evidente que hay desafíos a enfrentar ya sea en la toma de decisiones, en las relaciones profesionales dentro del equipo de salud o en la dinámica de los flujos de atención. **Conclusiones.** Las incertidumbres en la toma de decisiones relacionadas con aspectos individuales constituyen limitaciones para el desarrollo de buenas prácticas, la calidad de la atención y el protagonismo de la mujer, lo que también limita al CPN en la red de salud obstétrica para alcanzar su máximo potencial, reducir las peregrinaciones de las mujeres y las tasas de mortalidad maternas y perinatales.

Palabras clave: Centro de parto normal, Rede Cegonha, servicios de salud materno infantil, enfermeras obstétricas.

Abstract

Introduction. The implementation of Normal Birth Centers (NBC) is an instrument of the health network that stimulates female protagonism and autonomy and the application of good evidence-based practices. **Objective.** To understand the role of the NBC in the maternal and child health care network in Brazil. **Method.** A study with a qualitative, exploratory, descriptive approach carried out in a NBC in Ceará, with six nurses in 2018. Data collection was carried out through in-depth individual interviews. Thematic analysis was used to organize the results, with a discussion based on the theory of limited rationality. **Results.** The articulation of NBCs with primary care units through guided visits and tertiary-level hospitals for transfers in critical situations in an important element of the health network, with the obstetric nurse as articulator, however it is evident that there are challenges to face, whether in decision-making, in professional relationships within the health team or in the dynamics of care flows. **Conclusions.** Uncertainties in decision-making related to individual aspects constitute limitations for the development of good practices, the quality of care and the role of women, which also limits the NBC in the obstetric health network to achieve its full potential, reduce women's pilgrimages and maternal-infant mortality rates.

Keywords: Normal birth center, stork network, maternal-child health services, nurses midwives.



Introdução

A saúde materno-infantil vem recebendo destaque nas políticas públicas mundiais, especialmente após as propostas e os acordos firmados na Agenda 2030, bem como os objetivos para o desenvolvimento sustentável. Entre esses destaques, a diminuição da mortalidade materna e de mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças com a promoção de bem-estar e saúde são pontos fundamentais para garantir a qualidade de vida para mulheres, famílias e comunidades (1).

No Brasil, nos últimos anos, intensas mudanças no modelo de atenção obstétrica, como o lançamento da Rede Cegonha, têm incentivado a adoção de boas práticas de cuidado ao parto e ao nascimento, o respeito pela fisiologia reprodutiva feminina, a individualidade e o poder da mulher e da família na tomada de decisão no processo parturitivo, sendo um dos seus principais instrumentos para a efetivação o Centro de Parto Normal (CPN) (2, 3).

Nessa perspectiva, estudos ressaltam a contribuição dos centros de parto como ferramenta para garantir resultados positivos e contribuições inegáveis para a conquista de direitos e a mudança de configurações na atenção materno-infantil no mundo. Países como Canadá, Dinamarca, Inglaterra e Holanda têm ressaltado a alta qualidade dos cuidados obstétricos prestados, a diminuição de intervenções desnecessárias e do índice de cesarianas, os desfechos neonatais e maternos positivos e o empoderamento materno durante o trabalho de parto e parto nesses espaços (4-7).

No contexto brasileiro, assim como em outros locais no mundo, os centros de parto surgiram como reação da medicalização excessiva do parto, da substituição de parteiras domiciliares por médicos obstetras e da mudança do parto para a área hospitalar, que não modificou significativamente os índices de mortalidade e morbidade relacionados a esse evento (8).

Pode-se destacar que a criação do CPN baseou-se nas experiências positivas de países que fornecem autonomia às enfermeiras no cenário do parto normal, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). O CPN no Brasil é definido como uma unidade de saúde destinada à assistência ao parto de risco habitual que pertence a um estabelecimento hospitalar, podendo ser localizado nas dependências internas ou nas imediações, levando em consideração a distância entre o CPN e o hospital de apoio. Podem ser classificados como CPN Intra-Hospitalar tipo I ou tipo II e CPN Peri-Hospitalar (9, 10).

Além disso, o modelo de atenção obstétrica da Rede Cegonha estimula a adoção das boas práticas da atenção ao parto normal, assim como a presença da enfermagem obstétrica no atendimento às gestantes e a liberação de recursos para a criação de novos CPN. Entre as diversas medidas instituídas pelo Ministério da Saúde do Brasil que visam promover a humanização da assistência ao parto e ao nascimento, está o reconhecimento da atuação de enfermeiras(os) obstetras na atenção ao parto normal de risco habitual (10, 11).

Pela OMS, os enfermeiros obstetras são considerados os profissionais mais apropriados para o acompanhamento das gestações e dos partos normais por apresentarem características menos intervencionistas em seu cuidado, sendo responsáveis pelo estímulo ao parto natural e ao respeito pela fisiologia da mulher, além de contribuir para o modelo de assistência ao parto centrado na mulher e no recém-nascido (2, 3, 9-11).

É importante salientar que os CPN no Brasil surgem não apenas como proposta de um espaço físico planejado, mas também como processo de trabalho diferenciado, pautado nas boas práticas obstétricas e neonatais, e com a equipe centrada no enfermeiro obstétrico e obstetrix (2, 9-11). Compreender seu papel na sociedade, sua dinâmica de funcionamento na rede de saúde e suas contribuições para dirimir os índices de mortalidade e morbidade materna e infantil são importantes para a ampliação e a implementação dos CPN como instrumento das políticas públicas de atenção obstétrica.

Torna-se relevante o conhecimento acerca do funcionamento dos CPN como equipamento integrante do sistema de saúde, no desenvolvimento do cuidado de qualidade para o parto e o nascimento e na diminuição de resultados negativos para a parturiente e o recém-nascido. Assim, objetivou-se compreender o papel do CPN na rede de atenção à saúde materno-infantil do Brasil.

Materiais e métodos

O estudo possui abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo (12) e foi realizado em agosto de 2018 em um CPN habilitado pelo Ministério de Saúde do Brasil na região metropolitana da cidade de Fortaleza, estado do Ceará, Brasil. A instituição de saúde configura-se como importante ponto de atenção, prestando assistência a partos de risco habitual aos municípios que compõem sua respectiva região de saúde.

Participaram seis enfermeiras do serviço, perfazendo a totalidade dessa categoria no CPN pesquisado. Utilizou-se como critério de inclusão que os enfermeiros trabalhassem em CPN há seis meses no mínimo; como critério de exclusão, enfermeiros que estivessem de férias ou licença no momento da coleta de informações. No entanto, todas as profissionais entraram na amostra por não haver ninguém em condição de exclusão.

A coleta das informações ocorreu por meio de entrevistas individuais em profundidade (12), as quais constavam de questões abertas acerca do CPN, conduzidas pela primeira autora deste manuscrito. Foram utilizadas como indutoras as seguintes questões: qual o papel do CPN na rede de atenção materno-infantil? Qual a relação do CPN com os outros equipamentos da rede de saúde?



As entrevistas foram marcadas por telefone após a explicação do objetivo da pesquisa, realizadas em sala disponibilizada para essa finalidade no CPN sede do estudo e gravadas com a autorização das entrevistadas utilizando aplicativo de *smartphone*, com duração média de 30 minutos. Essa ação somente ocorreu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para manter o anonimato das entrevistadas, utilizou-se um código alfanumérico com a letra E, seguida de números sequenciais.

As informações foram organizadas por meio de análise temática, que é uma das técnicas que melhor se adapta às pesquisas qualitativas, através de categorização, inferências e levantamento de temáticas a partir dos discursos (13). A aplicação dessa técnica constitui-se de três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

Na etapa da pré-análise, o pesquisador iniciou com a realização de uma atividade conhecida como “leitura flutuante”, que objetiva gerar impressões iniciais acerca do material a ser analisado, correlacionando-o com os pressupostos iniciais e o referencial teórico escolhido para o estudo. Posteriormente, na etapa da exploração do material, as informações contidas no material foram codificadas, ou seja, o texto foi recortado em busca de elaborar categorias temáticas. E, por último, na fase do tratamento dos resultados e da interpretação, foram analisados os dados obtidos e, a partir dos temas relevantes, elaboradas as categorias temáticas, entendidas como expressões ou palavras significativas que expressam o conteúdo da fala (12).

Após isso, definiram-se duas temáticas principais: articulação do CPN na rede de atenção à saúde materno-infantil e desafios para o desenvolvimento das ações no CPN.

Para discutir as informações coletadas, utilizou-se a Teoria da Racionalidade Limitada nas tomadas de decisões (13). A teoria foi empregada para melhor entendimento do papel do CPN, equipamento de saúde recente no sistema de saúde brasileiro, a partir das complexas articulações na rede e dos desafios cotidianos para o desenvolvimento de suas atividades, elencadas nas normativas do sistema.

Explicita-se que foi utilizado o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research para ampliar a transparência do processo metodológico da pesquisa (14). O estudo está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que trata de ética em pesquisa que envolve seres humanos (15).

Resultados e discussão

Articulação do CPN na rede de atenção à saúde materno-infantil

Os CPN deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o atendimento integral, humanizado e de qualidade, baseado em evidências científicas (9). Os profissionais falaram sobre o CPN e sua relação com outros serviços de saúde, identificando-

o como um ponto de apoio à Atenção Primária em Saúde (APS) e a outros hospitais de toda a região de saúde.

“Serve de suporte para as demais regiões ao redor, como por exemplo Maranguape, Redenção, eles mandam muita paciente para cá. E... sempre também, como não é um hospital terciário, não é de grande porte, acaba também precisando às vezes mandar paciente para um hospital terciário de grande porte, que aí, geralmente, é HGF, César Cals e Maternidade Escola. E as crianças a maioria vai para o Sabin. (E-1)

De dar apoio eu já falei. Os postos de saúde são nossos, todos os pacientes de... vêm pra cá, dos postos são encaminhados pra cá. Mas além disso, nós temos Maranguape, Pacatuba, Guaiuba, Palmácia, Acarape, Redenção e tem outros municípios. (E-2)”

Simon (13) destaca que fragilidades estão relacionadas à utilização da lógica de modo infalível, na resolução de problemas e na tomada de decisão nos sistemas e nos processos complexos. No que se refere à gestão dos fluxos de atendimento no CPN sede do estudo, percebe-se uma intrincada rede de encaminhamentos e admissões advindos de inúmeras redes de atenção, seja de nível primário, seja de terciário, que exigem um elenco complexo de ações e decisões imediatas, no entanto sujeitas também a falhas, percalços e indecisões.

A APS nas RAS é o centro comunicador e a principal porta de entrada para os outros serviços de saúde, entre eles os CPN (16, 17). Nesse cenário, as enfermeiras também citaram como se dá a articulação da APS com o CPN e identificaram como uma ferramenta muito importante a visita guiada organizada pelas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) para que as gestantes conheçam o CPN antes do momento do parto.

“ O serviço traz elas do programa saúde da família que fazem o pré-natal e a instituição recebe ela durante o pré-natal para ela conhecer o CPN. (E-4)

Mas geralmente, vai do município pelo posto né? pelo posto tem umas visitas guiadas, não sei quais os dias, que orienta, mostra o hospital. Eu não trabalho aqui durante o dia não, mas é mais ou menos isso. (E-6)”

A racionalidade constitui um componente intrinsecamente relacionado aos processos complexos na rede de saúde. No momento em que se incluem fatores relacionados aos aspectos humanos nos sistemas processuais e organizacionais, inserem-se a limitação, a incerteza e o erro como elementos possíveis em qualquer fenômeno complexo como o modelo de saúde materno-infantil (18).

Nesse contexto, um estudo conduzido no Brasil evidenciou a limitação na tomada de decisão relacionada à gerência de unidades primárias de saúde por enfermeiros, constatando fragilidades como comunicação frágil, precarização estrutural das unidades e sobrecarga de trabalho, e potencialidades como conhecimento gerencial e habilidades cognitivas de liderança que advêm

da gestão efetuada por esses profissionais no território de famílias e comunidades vulneráveis (18).

Uma das diretrizes do modelo de atenção obstétrica Rede Cegonha no Brasil, instituída pela Portaria 1.459 de 2011, é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local onde ocorrerá o parto, com o objetivo de minimizar a ansiedade e o medo em relação a esse processo e evitar peregrinações por atendimento (9, 19). Salienta-se que a visita na instituição antes do parto é uma estratégia que pode oferecer informação e maior segurança às gestantes (20).

Um estudo efetuado acerca da implantação de centros de parto no Canadá elencou outras prerrogativas que contribuem para a qualidade no cuidado como a colaboração interprofissional, a abordagem colaborativa na comunidade com a priorização de grupos vulneráveis e a organização de grupos de defesa, a utilização de *midwiferies* para o acompanhamento e a realização dos partos, além de referências e transporte seguro para os hospitais terciários em casos urgentes (7).

Nas visitas guiadas no CPN sede do estudo, as gestantes são acompanhadas pela enfermeira e/ou o agente comunitário de saúde da UAPS e a enfermeira da maternidade. Acontecem rodas de conversa e grupos de discussão na busca de dirimir dúvidas das gestantes sobre o processo do parto e posteriormente elas conhecem as dependências do CPN, onde são orientadas sobre as práticas realizadas, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação, ações relatadas em outros espaços em estudos similares (19, 20).

As narrativas identificam a peregrinação de gestantes de outras regiões, em busca de vagas, que acabam chegando ao CPN. Consta-se, nos relatos, o número pequeno de leitos obstétricos para as gestantes de risco habitual, o que gera um alto fluxo de peregrinação das gestantes em busca de atendimento no momento do parto e afeta a segurança no processo. Essa informação associa-se a evidências de estudos que ressaltam a limitação no poder de escolha e determinadas preferências quanto ao local de parto pelas mulheres, relacionada a políticas socioeconômicas, questões culturais, necessidades de saúde, poder aquisitivo, raça, cor e nível de escolaridade (4, 6, 16, 21, 22).

Além disso, é importante salientar que essa ação é relacionada também à carência de estrutura e recursos tecnológicos e humanos para assistir com segurança a gestante e o recém-nascido (20).

“ Fora os municípios que não são pactuados com o município..., mesmo assim vêm, como por exemplo Fortaleza. A gente tem um número enorme de pacientes de Fortaleza aqui dentro. (E-2)

...porque em todo local que você chega não tem vaga né, aí fica até complicado, como Fortaleza. Não era pra gente receber paciente de Fortaleza, porque Fortaleza tem um número grande de maternidade, mas muita paciente roda, roda, não tem assistência lá e vem aqui... e fica aqui. (E-5)

Porque assim, vem gente de todos os locais aqui, vem gente de Fortaleza, vem parir aqui... E dos outros municípios vem porque não tem, às vezes, tudo tem superlotação aí vem pra cá, vem e Caucaia, Fortaleza, Redenção, Barreira. Você vê aí que é todos os municípios. (E-6)”

Relativo a isso, Simon especifica que as informações são elementos essenciais para propiciar a decisão em processos (23). Aplicando-se ao contexto do estudo abordado, conhecer os CPN das maternidades inseridas na região de saúde das gestantes condiciona além de aspectos comportamentais e psicológicos de segurança e satisfação das mulheres, a vinculação à instituição de saúde e o conhecimento dos enfermeiros responsáveis pela gestão das unidades de internação, das necessidades de saúde das parturientes e das circunstâncias de vida que qualificam e melhoram a assistência ao parto e nascimento.

A situação de peregrinação de gestantes é algo complexo, que envolve organizações de saúde, modelos de atenção, financiamento, além de profissionais relacionados direta e indiretamente à manutenção de fluxos de atendimento. Faz parte do segundo componente da “Teoria das Três Demoras”, a demora para alcançar o serviço de saúde. Essa teoria foi criada na década de 1990 e descreve as possíveis três demoras para obtenção de atenção de qualidade em tempo oportuno, considerando a demora do indivíduo ou família para buscar cuidados, a demora para alcançar os serviços de saúde e a demora para receber os cuidados adequados (22).

Diante disso, Simon (24) ressalta a limitada racionalidade do ser humano para reunir, processar e compreender informações de memória relacionada à dinamicidade dos ambientes, à incompletude nas informações, à complexidade dos problemas, à restrita capacidade de processamento de dados, ao limite temporal, às preferências, aos conflitos quanto aos valores e aos interesses organizacionais, culminando em decisões satisfatórias ligadas a essa restringida racionalidade.

A Rede Cegonha, nos componentes parto e nascimento e sistema logístico, visa assegurar que as gestantes sempre tenham vagas nas maternidades de referência e, com isso, diminuir a incidência da peregrinação. A peregrinação é um fato de extrema gravidade, já que próximo do parto é o período em que pode ocorrer a maior parte das mortes maternas. Além disso, é um obstáculo ao respeito dos direitos das mulheres durante o trabalho de parto e o parto e perpetua a violência institucional (21). Se todas as mulheres e as crianças recebessem a atenção adequada nos serviços de saúde, em tempo oportuno, os índices de morbimortalidade certamente seriam modificados (2, 9, 19, 20, 22).

Como mecanismo protetor nesse processo, as visitas guiadas fornecem informações importantes para as gestantes e os acompanhantes, além de que o serviço terciário oferece suporte para as gestantes de alto risco e para os recém-nascidos que necessitem de uma assistência mais especializada (20). Identificam-se, nas falas de algumas profissionais, as vantagens dessa



articulação do CPN com a APS por meio da visita guiada e com o sistema de atendimento especializado.

“Nós passando as orientações para a gestante acaba facilitando pra elas e pra equipe também. (E-3)

...quando a paciente já passa pelo CPN, conhece algumas rotinas, passa pelas palestras, passam pela visita, já diminui muito a ansiedade e o medo. (E-4)

...como a gente tem esse acesso assim, acesso não definido, a gente consegue transferir o bebê, a gente está salvando vida. A gente dá o primeiro suporte aqui, se precisar do bebê, de uma... de ir pra outro local a gente tem esse vínculo de conseguir a transferência dele. (E-5)

...eu vejo que tem essas visitas guiadas eu acho que é bem mais vantajoso porque a cliente vem mais tranquila, conhece o local o que é feito aqui, é apresentado os exercícios, muitas coisas, dá pra ver tudo que vai acontecer aqui quando ela vier então eu acho que é importantíssimo. Todas deveriam passar por aqui antes pra conhecer. (E-6)”

O conhecimento da dinâmica de cuidado e ambiência da maternidade se mostra efetivo na retirada de dúvidas e contribui para o desenvolvimento da autonomia da mulher (20). Porém, a assistência pré-natal deve também, durante as consultas, orientar as gestantes sobre o trabalho de parto, na busca de contribuir para uma maior autonomia e protagonismo durante o processo parturitivo (9, 10, 16), como se evidencia na fala abaixo.

“ Eu acho que todos os pré-natais deveriam orientar melhor a paciente sobre o parto. Quanto ao pré-natal, essa questão não chega até ela. O pré-natal deveria dar mais informações. (E-4)”

A articulação do CPN com outros serviços torna-se vantajosa para as mulheres e para os bebês, contudo, além de vantagens, foram citadas algumas dificuldades, a forma como as profissionais veem que deve ser essa articulação e o que deve ser melhorado, tendo em vista a qualificação da assistência.

“ Eu acho que a questão da agilidade em relação a central de leitos, a questão também das outras unidades, sempre que possível, estar aceitando essas pacientes. (E-1)

Em relação a questão de transferência, regulação de leitos com a central de leitos do estado a gente não tem esse apoio, porque a gente nunca consegue transferência entre hospital e a central de leitos. Sempre é o médico daqui que consegue com o médico da outra instituição, entre médicos. (E-2)”

Simon (25) ressalta que a limitação nos processos de decisão na regulação de leitos e transferência relaciona-se aos aspectos comportamentais intencionais e cognitivos dos indivíduos e organizações em que se inserem, sendo sempre direcionados a uma intenção decisória racional para propósitos e objetivos específicos, apesar de limitações na captação e na codificação das informações necessárias.

Fica evidenciada nas falas acima também a necessidade de uma melhora na rapidez da central de regulação na busca de vagas para as gestantes e/ou para os recém-nascidos que necessitam de transferência, e como a necessidade da interferência do profissional médico para que a transferência aconteça é um fator que pode contribuir para a demora e a dificuldade na promoção do cuidado direto e objetivo. A figura 1 ilustra o CPN na rede de saúde e os diferentes níveis de atendimento relacionados aos níveis de atenção em saúde.

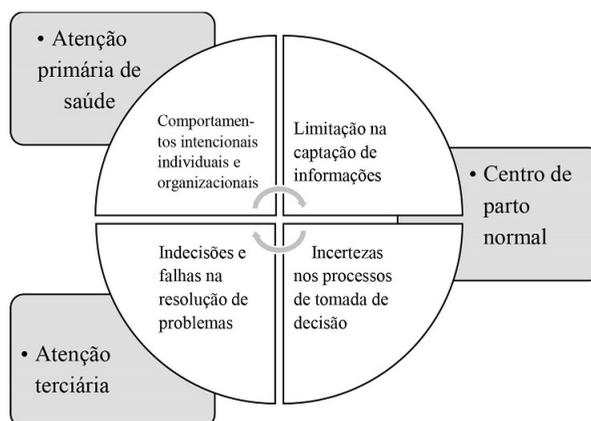


Figura 1 Racionalidade limitada aplicada ao CPN na rede de saúde materno-infantil

Fonte: elaboração própria.

Desafios para o desenvolvimento das ações no CPN

É importante ponderar que, ao mesmo tempo que se dispõe de políticas de humanização e qualidade da assistência que baseiam o modelo de atenção à saúde, a realidade revelada se demonstra diferente sob diversas dificuldades (3, 7-10). Quando perguntadas sobre o que poderia ser mudado para melhora do cenário para o cumprimento do papel do CPN, foram apontados diferentes tipos de dificuldades pelas profissionais durante a entrevista. Entre elas se destacaram a superlotação dos serviços, o grande acúmulo de atividades no profissional enfermeira obstétrica e a falta de alguns equipamentos para o cuidado, como descrito:

“Eu acho que deixa um déficit aqui a questão da superlotação, que nem é tão superlotado, mas tem dias que isso acaba prejudicando a assistência, porque é só um enfermeiro, então a gente não consegue partejar, ter toda aquela atenção. (E-1)

Da gestão a gente precisaria de uma equipe maior de enfermagem, para que a gente possa dar uma maior assistência, né. E equipamentos para os outros métodos, que infelizmente não tem a banqueta, a gente precisa da banqueta, porque às vezes a gente oferece. (E-2)

Eu vou falar do CPN do [...], aqui nós estamos trabalhando com superlotação, nós éramos pra serem duas enfermeiras, mas só é apenas uma. (E-4)”

A heterogeneidade envolvida nas ações de cuidado e nas demandas de gestão das unidades de parto normal podem ser resumidas por diferentes ações cognitivas e de conhecimento limitado para a decisão em saúde. Fatores externos como a demanda excessiva, a sobrecarga no trabalho, a precarização profissional na atuação quanto à autonomia e à decisão no cuidado obstétrico, nos salários e nas estruturas das instituições de saúde são outros elementos que podem repercutir nas tomadas de decisões direcionadas a mulheres gestantes (26).

Nesse âmbito, um estudo acerca da incidência de custos de transação no processo de regionalização das políticas de atenção à saúde no Brasil apontou que os ambientes cercados de incertezas, assimetrias e incompletude nas informações, racionalidade limitada, dificuldades conciliatórias entre entes e conflitos de interesses determinam baixo potencial na diminuição de custos de transação por instrumentos de gestão institucionais (27).

Simon (13) contextualiza que a antecipação de eventos para a tomada de decisão é substituída pela incerteza no processo de raciocínio dos sistemas complexos de ação e na interação de indivíduos, como a economia. No contexto do estudo, inúmeros fatores incidem nas decisões direcionadas a mulheres, seu bebê e suas famílias, seja com relação à gestão de leitos durante o parto e o nascimento, aos cuidados direcionados a cada gestante, às habilidades e competências necessárias para a atuação, seja ainda referentes aos encaminhamentos diante de complicações no parto.

A superlotação do serviço sobrecarrega a equipe e, como consequência, afeta a assistência à mulher no trabalho de parto, já que a enfermeira não consegue prestar o auxílio de maneira adequada e compromete a gestão do cuidado e dos fluxos de atendimento do local. Algumas falas relatam isso:

“Eu acho que é mais isso. A gente também fica responsável de avaliar, a gente também fica responsável pela parte burocrática do plantão, do gerenciamento da equipe e das outras coisas. Então eu acho que isso acaba sobrecarregando. (E-1)

Existem momentos que nós não podemos fazer o real trabalho do CPN por que lota e como as técnicas são conduzidas pelas enfermeiras, muitas vezes nós não conseguimos partejar. (E-4)

Não dá para você ter aquele cuidado, aquilo tudo que você gostaria por causa da falta de tempo com a burocracia a superlotação e os poucos profissionais. (E-6)”

As denúncias a respeito das dificuldades enfrentadas pelas parturientes nas maternidades públicas brasileiras, principalmente no que se refere à diminuta quantidade de leitos e até às vezes de profissionais relativos à atenção, têm se tornado frequentes. Isso intensifica situações como a peregrinação das parturientes das maternidades locais para o interior ou vice-versa (11, 22).

Inúmeros estudos ressaltam os profissionais prestadores e sua relação com a satisfação da usuária do sistema de saúde na experiência do parto, a qualidade do cuidado prestado e a

escolha dos locais de parto (4, 7, 11, 21, 28). Em um dos estudos efetuado nos Estados Unidos, destacaram-se desigualdades e maus-tratos ligados a numerosos fatores, como locais de realização dos partos (hospitais e centros de parto), tipo de mediações (com *midwives* ou médicos), além da escolaridade, do nível econômico e da raça/cor (28).

Ainda sobre a temática, um depoimento sobressai-se dos demais, na qual a enfermeira fala da necessidade de um maior vínculo e confiança entre a atuação da enfermagem e a da medicina:

“A gente sempre desde o início nós tivemos uma dificultadezinha com a parte médica, ainda tem muitos deles que ainda não confiam na enfermeira. Então às vezes vem, quer tomar uma ação nossa que a gente esteja fazendo, que acha que a gente tá fazendo errado ou então discorda daquilo. Então poderia ter, como é que se diz? mais vínculo com eles, vínculo não, mais apoio de equipe pra eles confiarem mais na pessoa que tá trabalhando. Que a gente se sente mais confiável a tratar com aquela paciente, a cuidar daquela paciente. Seria uma das coisas. (E-5)”

O assunto da atuação colaborativa entre categorias profissionais é importante para obter resultados positivos e tem sido tema de estudos mundialmente (29, 30). Desfechos positivos evidenciados pelos cuidados desenvolvidos pelas *midwives* são relatados na Holanda (6), no Canadá (7), no Japão (29) e nos Estados Unidos (30), incluindo a diminuição de indicações de cesariana, a melhoria da satisfação e da experiência do parto.

No contexto brasileiro, a enfermeira obstétrica no CPN tem um papel central no atendimento à gestante de risco habitual e ao recém-nascido e na gestão do cuidado e dos fluxos de atendimento, sendo necessário solicitar apoio do profissional médico somente quando essa gestante ou recém-nascido demanda cuidados críticos (2, 3, 9-11, 20). De acordo com a Resolução 516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem, o CPN e/ou Casa de Parto destina-se à assistência ao parto e ao nascimento de risco habitual, conduzido pela(o) enfermeira(o), enfermeira(o) obstétrica(o), da admissão até a alta (2, 3, 11).

Os diferentes modelos de atenção obstétrica aplicados no Brasil apresentam diferenças importantes quanto ao cuidado direcionado à mulher. Desde a aceitação da obstetrícia como disciplina médica, o profissional médico vem tomando a frente na assistência ao parto e esse momento marca o início do modelo tecnocrático intervencionista, centrado na hospitalização e na figura do médico. Como já falado anteriormente, esse modelo se mostrou relacionado a intervenções inúmeras vezes desnecessárias, sendo associado também a resultados maternos perinatais desfavoráveis. Por tudo isso se iniciou um grande movimento de humanização e busca de mudança do modelo assistencial obstétrico do Brasil (8, 9, 31).

Para um modelo de assistência ao parto de qualidade e humanizado, é vital que haja colaboração entre todos os profissionais da equipe. Mesmo que seja difícil definir o papel de cada um dentro da equipe de saúde, é importante evitar a ação individualizada e reforçar a interprofissionalidade (8, 26).



A gestão dos modelos decisórios enfrenta limitações vinculadas à pessoa diretamente ligada ao poder de decisão e ao funcionamento cooperativo organizacional. O reconhecimento disso coopera para o desenvolvimento de estratégias relacionadas ao desempenho organizacional (23, 24). Aplicado à gestão da atenção da mulher exercida no CPN, reconhece-se que a tomada de decisão exerce papel inegável para a aplicabilidade das práticas e a gestão de insumos e profissionais no acompanhamento do parto e do nascimento.

A limitada racionalidade nas decisões é preponderante nos sistemas atuais. No tocante a políticas e ações de saúde, são reconhecidas diferentes racionalidades tanto complementares como conflitantes que influenciam a tomada de decisão. Tempo disponível, limitadas informações, incompletude de dados, complexidade dos problemas, dinâmicas dos ambientes, valores e interesses conflitantes determinam uma decisão no máximo satisfatória (23).

Observa-se que as dificuldades descritas denotam a necessidade de conhecimento do lócus institucional do CPN na rede materno-infantil, o que poderia colaborar para o desenvolvimento das atividades realizadas pelos enfermeiros. Foram citadas contrariedades ocorridas na atuação obstétrica, o que acaba interferindo na autonomia e na liberdade para a tomada de decisão.

Conclusões

Os resultados demonstram que o CPN se articula com outros serviços da rede de atenção, cumprindo o papel de estimular o parto vaginal em mulheres de risco habitual, levando em consideração os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. Além disso, atua de maneira complementar às unidades existentes, como referência para as unidades de APS dentro da área de abrangência e com empregabilidade da visita guiada como ferramenta para minorar a ansiedade das gestantes, informar sobre o processo do parto e diminuir peregrinações. Também há articulação com o serviço terciário em situações de transferência de gestantes ou recém-nascidos para cuidados mais complexos.

A reorganização da rede para evitar a superlotação e conseqüentemente piora na assistência prestada, bem como o reconhecimento dos papéis desenvolvidos por todas as categorias profissionais envolvidas no CPN se colocam como importantes desafios que precisam ser superados. Isso propiciará que as atividades implementadas nos CPN possam ampliar seu potencial positivo como ponto de atenção da rede materno-infantil fundamentado nas boas práticas no parto e no nascimento da OMS.

O estudo apresenta como limitação a discussão a partir de um CPN, que apresenta especificidades em sua rede de inserção, no entanto salienta-se que é um ponto de atenção regido por normativas similares às implementadas em todo o país e no mundo. A temática exige pesquisas que permitam avaliações desse equipamento de saúde e seu potencial para minorar as taxas de morbimortalidade materna e infantil no Brasil.

As incertezas na tomada de decisão nos processos de saúde e nos fluxos de atendimentos, as implicações na interação e na cooperação na equipe de saúde, o processo de gestão do equipamento do CPN e os imprevistos e os conflitos no processos de trabalho em saúde são elementos-chave abordados neste estudo, pautados na teoria da racionalidade limitada de Herbert Simon, demonstrando como ainda há avanços necessários para a total concretização e efetivação dos CPN na política de saúde materno-infantil brasileira.

Inúmeros elementos discutidos conduzem a limitações na tomada de decisão nesse espaço, tanto na gestão dos fluxos de atendimento e leitos dos CPN, das práticas de cuidado no parto e no nascimento que determinam a qualidade e a satisfação de mulheres e famílias, quanto nas atuações profissionais de colaboração e cooperação entre equipe de saúde que influenciam nos resultados em saúde.

A ampliação dos CPN como instrumento para a mudança de modelos de saúde, uma maior qualificação e autonomia do enfermeiro como gestor de fluxos de atendimento e da linha de cuidado obstétrico nesse equipamento e a interação com a equipe de saúde são pontos que devem ser melhorados para a construção de modelos de atenção materno-infantis eficientes para gestantes de risco habitual que possam garantir qualidade e satisfação durante o parto e o nascimento.

Contribuição dos autores

Todos os autores fizeram contribuições significativas para a formulação da ideia de investigação e concepção do estudo ou para a coleta dos dados, ou para a análise e a interpretação dos dados, bem como contribuições substanciais para a redação do artigo. Além disso, Belarmino e Ferreira Júnior aprovaram a versão final a ser publicada, e Ferreira Júnior é responsável por todos os aspectos do trabalho para assegurar que as questões levantadas no artigo fossem respondidas na versão final.

Financiamento

Financiamento próprio.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Referências

1. Organização das Nações Unidas — ONU. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>
2. Furlan CB, Vieira HWD. Parto humanizado de uma residente em enfermagem obstétrica: um relato de experiência. *REVISA*. 2019;8(4):518-24. <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p518a524>
3. Santos NCP, Vogt SE, Duarte ED, Pimenta AM, Madeira LM, Abreu MNS. Factors associated with low Apgar in newborns in birth center. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):297-304. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0924>
4. Boesveld IC, Bruijnzeels MA, Hitzert M, Hermus MAA, Van der Pal-de Bruin KM, et al. Typology of birth centres in the Netherlands using the Rainbow model of integrated care: results of the Dutch Birth Centre Study. *BMC Health Services Research*. 2017; 17:426. <http://doi.org/10.1186/s12913-017-2350-9>
5. Sprague AE, Sidney D, Darling EK, Van Wagner V, Soderstrom B, Rogers J, et al. Outcomes for the first year of Ontario's birth center demonstration project. *J Midwifery Womens Health*. 2018; 63(5). <https://doi.org/10.1111/jmwh.12884>
6. Hinton L, Dumelow C, Rowe R, Hollowell J. Birthplace choices: What are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18:12. <http://doi.org/10.1186/s12884-017-1601-4>
7. Jepsen I, Juul S, Foureur MJ, Sørensen EE, Nohr EA. Labour outcomes in caseload midwifery and standard care: A register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18:481. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2090-9>
8. Löwy, I. The birthing house as a place for birth: Contextualizing the Rio de Janeiro birthing house. *Hist Ciênc Saúde — Manguinhos*. 2018;25(4):1161-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-5970201800500014>
9. Freitas JMS, Narchi NZ, Fernandes RAQ. Práticas obstétricas em centro de parto normal intra-hospitalar realizadas por enfermeiras obstetras. *Esc Anna Nery* 2019;23(4):e20190112. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-2019-0112>
10. Lima DM, Riesco MLG, Schneck CA. Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital. *Rev Paul Enferm*. 2018;29(1-3):47-55. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910201200100010>
11. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery* 2017;21(1):e20170015. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento. 16. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2016.
13. Melo TM, Fucidji JR. Racionalidade limitada e a tomada de decisão em sistemas complexos. *Rev Econ Polit*. 2016;36(3):622-645. <https://doi.org/10.1590/0101-31572016v36n03a09>

14. Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União; Brasília, 13 Jun 2013.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32 item checklist for interviews and focus groups. *International J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
16. Alliman J, Stapleton SR, Wright J, Bauer K, Slider K, Joles D. Strong Start in birth centers: Socio#demographic characteristics, care processes, and outcomes for mothers and newborns. *Birth*. 2019;46:234-243. <http://doi.org/10.1111/birt.12433>
17. Cassiani SHB, Contreras JO, Brandt A, Esbir LB, Silva FAM. Capacitación de recursos humanos en salud materna en Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú: descripción de la experiencia. *Investig Enferme*. 2019;21(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.crhs>
18. Saraiva IRA, Viana APG, Monteiro VCM, Belarmino AC, Morais JMO, Ferreira Júnior AR. Tomada de decisão na gerência em atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. *Rev. APS*. 2020. <https://www2.ufjf.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/sites/143/2021/03/31058-Texto-do-artigo-127006-1-6-20200825-PRL.pdf>
19. Pereira ALF, Ribeiro LV. Avaliação dos grupos educativos na assistência pré-natal em casa de parto. *Rev APS*. 2016;19(1):24-30. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15154>
20. Lima AEF, Silva LJ, Maia ML, Pereira ALF, Zveiter M, Silva TMA. Childbirth care after the implementation of the Carioca Stork Program: The perspective of nursing. *Rev Rene*. 2015;16(5):631-638. <http://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500003>
21. MacDorman MF, Declercq E. Trends and state variations in out-of-hospital births in the United States, 2004-2017. *Birth*. 2019;46(2):279-288. <http://doi.org/10.1111/birt.12411>
22. Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho CA, Batista RFL, Alves MTS, et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00151217. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00151217>
23. Souza KAO, Souza LEPF. Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(2):48-60. <http://doi.org/10.1590/0103-11042018S204>
24. Steingraber R, Fernandez RG. A racionalidade limitada de Herbert Simon na microeconomia. *Rev. Soc. Bras. Economia Política*. 2013;fev(34):123-162. <http://www.revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/5>
25. Zulian A, Martinelli Júnior O, Marin SR. Indivíduo, comportamento e decisão econômica: as contribuições dos conceitos de racionalidade limitada, processos cognitivos duais e heurísticas. *Economia Ensaio*. 2019;33(2):39-57. <http://doi.org/10.14393/REE-v33n2a2019-37787>



26. Ferreira Júnior AR, Brandão LCS, Teixeira ACMF, Cardoso AMR. Potentialities and limitations of nurses' performance in the Normal Birth Center. *Esc. Anna Nery*. 2021;25(2):e20200080. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0080>
27. Sancho LG, Geremia DS, Dain S, Geremia F, Leão CJS. The health regionalization process from the perspective of the transition cost theory. *Cienc. Saúde Coletiva*, 2017;22(4):1121-1130. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2694016>
28. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N et al. The Giving voice to mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16:77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
29. Kataoka Y, Masuzawa Y, Kato C, Eto H. Maternal and neonatal outcomes in birth centers versus hospitals among women with low-risk pregnancies in Japan: A retrospective cohort study. *Jpn J of Nurs Sci*. 2018;15:91-96. <http://doi.org/10.1111/jjns.12171>
30. Neal JL, Carlson NS, Phillipi JC, Tilden EL, Smith DC, Breman RB, et al. Midwifery presence in United States medical centers and labor care and birth outcomes among low-risk nulliparous women: A Consortium on Safe Labor study. *Birth*. 2019;46(3):475-486. <http://doi.org/10.1111/birt.12407>
31. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: Comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3139. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>