



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

GABINETE DA DEPUTADA ARLETE SAMPAIO

Gabinete 16, 3º andar, Ramais 8160 a 8169, e-mail: arlete.sampaio@cl.df.gov.br

L I D O
Em. 10/09/19
Secretaria Legislativa

PROJETO DE LEI Nº PL 639 /2019 019 (Da Deputada Arlete Sampaio)

Estabelece diretrizes para criação do Programa Centro de Parto Normal – CPN nas sete regiões de saúde do DF (Norte, Central, Leste, Centro-Sul, Sul, Sudoeste e Oeste) para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento e dá outras providências.

Art. 1º Ficam estabelecidas diretrizes para criação do Programa Centro de Parto Normal – CPN, para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes, no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento humanizado à atenção ao parto e ao puerpério.

Parágrafo único. Para fins do disposto nesta Lei, define-se como Centro de Parto Normal – CPN, a unidade de saúde intra-hospitalar ou peri-hospitalar que presta atendimento humanizado e de qualidade às mulheres em condições clínicas para realizar parto normal.

Art. 2º O Programa Centro de Parto Normal – CPN observará, como diretrizes:

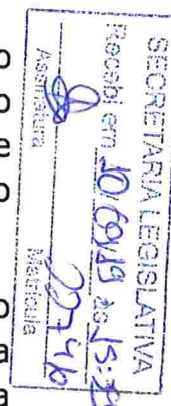
I – desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto e da amamentação do recém-nascido;

II – garantir às mulheres a presença do acompanhante e permitir o acompanhamento de doula, de sua livre iniciativa e escolha;

III – garantir a assistência ao parto normal, sem distócias, respeitando a individualidade da parturiente;

IV – garantir a assistência ao recém-nascido;

V – garantir a remoção da gestante e/ou do recém-nascido, nos casos eventuais de riscos ou intercorrências do parto, para serviços de referência, em unidades



Setor Protocolo Legislativo
PL Nº 639 /2019
Folha Nº 01 //

A

de transporte adequadas, quando o Centro de Parto Normal - CPN for perihospitalar;

VI – desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com as equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF;

VII – possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber;

VIII- contar com equipe composta por enfermeiras obstétricas e técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem.

Art. 3º A Secretaria de Estado da Saúde deverá estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, capacitação, treinamento e controle que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa, no sentido de promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto.

§ 1º A Secretaria de Estado da Saúde deverá estabelecer os locais dos Centros de Parto Normal nas sete regiões de saúde, dando preferência a adaptações em Hospitais já existentes.

§ 2º Caso não seja possível a realização de adaptações espaciais em Hospitais já existentes, deverão ser construídos espaços adequados para os Centros de Parto Normal.

Art. 4º O tamanho dos Centros de Parto Normal deverá ser definido pela Secretaria de Saúde tendo como base a população da Região de saúde, nos termos da Portaria Federal/Ministério da Saúde nº 11, de 7 de janeiro de 2015.

Art. 5º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 90 dias.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Justificação

Setor Protocolo Legislativo
PL Nº 639 / 2019
Folha Nº 02 #

Os Centros de Parto Normal são unidades de atenção ao parto e nascimento que realizam o atendimento humanizado e de qualidade, atuando exclusivamente, na atenção ao parto normal e prezando pela privacidade, dignidade e autonomia da mulher ao parir em um ambiente acolhedor e confortável e com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

De acordo com a Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015 que "**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”.

A Portaria considera:

- ✓ a importância de garantir a todas as mulheres o acesso à informação a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos e à atenção qualificada, segura e humanizada; a priorização de ações na assistência à saúde que tenham por objetivo a redução das mortalidades materna, fetal e infantil;
- ✓ a necessidade de organização e adequação das ofertas de serviços de atenção ao parto e nascimento em conformidade às diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal, e de superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto;
- ✓ a necessidade da implementação de medidas de proteção contra abuso, violência ou negligência no parto; a necessidade da implementação de medidas para redução da taxa de cesarianas no país;
- ✓ como direitos fundamentais de mulheres e crianças o acesso a tecnologias apropriadas de atenção ao parto e nascimento, com adoção de práticas baseadas em evidências, incluindo-se a privacidade, a liberdade de movimentação e de posições durante o trabalho de parto, o direito a acompanhante de livre escolha e a preservação da sua integridade corporal e psíquica;
- ✓ o direito das mulheres a ambientes de cuidado que favoreçam a realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Esse modelo também deve oferecer assistência pré-natal, grupos de preparação para o parto e assistência pós-parto, na atenção primária à saúde, formando o vínculo entre as mulheres e profissionais, garantindo a continuidade do cuidado. Os Centros de Parto Normal devem ter quartos individuais PPP (pré-parto, parto e pós-parto) onde as mulheres permanecem no mesmo local durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Os quartos devem ter banheiro privativo, banheira e equipamentos que facilitem o trabalho de parto, como bola suíça, banquetas de parto entre outros para que a mulher encontre a melhor posição.

Segundo a Secretaria de Saúde do DF o parto normal representa 60% da demanda da rede pública de saúde do Distrito Federal. Em contrapartida o parto cesáreo, que deveria ser a opção apenas em caso de complicações, reflete 40% da demanda, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda 15% como ideal. Somados os dados das redes pública e privada, o número de cirurgias sobe para 53% dos partos realizados por ano.

Setor Protocolo Legislativo

PE N° 639 / 2019

Folha N° 03

O parto normal apresenta muitos benefícios, entre eles, a melhor recuperação da mãe pós-parto; melhora na amamentação; maior relação pele a pele e olho no olho após o parto; e o acionamento do sistema imunológico pela microbiota existente na região da vagina. Enquanto a cesariana tem maior risco de infecção para a mulher, trombose dos membros inferiores, hemorragias, reações aos anestésicos, maior incidência de dor no pós-operatório e recuperação prolongada. Para os bebês, maiores riscos de problemas respiratórios.

O Distrito Federal está dividido em sete Regiões de Saúde:

1 – Central: Asa Norte, Varjão, Lago Norte, Octogonal, Sudoeste, Noroeste e Cruzeiro e Asa Sul.

2 – Leste: São Sebastião e Paranoá, Lago Sul e jardim Botânico.

3 – Centro-Sul: Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Riacho Fundo I e II, Estrutural, Guará, Park Way, Setor de Indústria e Abastecimento – SIA e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento - SCIA.

4 – Sul: Gama e Santa Maria.

5 – Sudoeste: Taguatinga, Recanto das Emas, Samambaia, Vicente Pires e Águas Claras.

6 – Oeste: Ceilândia, Sol Nascente e Brazlândia.

7- Norte: Sobradinho, Sobradinho II, Fercal e Planaltina.

Atualmente, no Distrito Federal, existe somente um Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar, a Casa de Parto da Unidade Mista de São Sebastião, que foi habilitada, no âmbito da Rede Cegonha, no ano de 2016. Apenas um Centro de Parto Normal não responde à demanda das mulheres gestantes do Distrito Federal, além de se restringir geograficamente a uma única região de saúde.

Pelo exposto, objetivando que o Distrito Federal reduza esse dado alarmante no número de cesáreas desnecessárias e que as mulheres se tornem cada vez mais protagonistas, participando ativamente das decisões durante todo o processo de parto e nascimento, temos convicção que a aprovação dessa proposição trará muitos benefícios para a saúde da mulher e do recém nascido, além de assegurar o direito das mulheres e suas escolhas. Nesse sentido, venho solicitar a aprovação da matéria.


Deputada Arlete Sampaio
Partido dos Trabalhadores

Setor Protocolo Legislativo

PL Nº 639 / 2019

Folha Nº 04

**Ministério da Saúde**
Gabinete do Ministro**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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, prevendo expressamente como atribuição do enfermeiro o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, a execução do parto sem distocia e a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera, bem como prevendo especificamente para o enfermeiro obstetra a atribuição legal de assistência à parturiente e ao parto normal e identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico, inclusive com a possibilidade de realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessárias;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, que regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do "caput" do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do "caput" do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 2012, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma dos blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puerpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Aten o Hospitalar (PNHOSP) no âmbito SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organiza o do componente hospitalar da Rede de Aten o   Saúde (RAS);

Considerando a Resolu o - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

Considerando a Resolu o - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Aten o Obstétrica e Neonatal;

Setor Protocolo Legislativo

PC Nº 639 / 2019
Folha Nº 05

Considerando a importância de garantir a todas as mulheres o acesso à informação a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos e à atenção qualificada, segura e humanizada;

Considerando a priorização de ações na assistência à saúde que tenham por objetivo a redução das mortalidades materna, fetal e infantil;

Considerando as revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetrix ("Hatem M", "Sandall J", "Devane D", "Soltani H", "Gates S" - Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; - Issue 4, Art. No.: CD004667;DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub2);

Considerando a necessidade de organização e adequação das ofertas de serviços de atenção ao parto e nascimento em conformidade às diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal, e de superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto;

Considerando a necessidade da implementação de medidas de proteção contra abuso, violência ou negligência no parto;

Considerando a necessidade da implementação de medidas para redução da taxa de cesarianas no país;

Considerando como direitos fundamentais de mulheres e crianças o acesso a tecnologias apropriadas de atenção ao parto e 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;

Considerando o direito das mulheres a ambientes de cuidado que favoreçam a realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de junho de 2014, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria 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.

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se:

I - alojamento conjunto: uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar;

II - atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;

III - gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;

IV - parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;

V - parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; e

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 3º Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos desta Portaria.

§ 1º Os CPN são classificados em:

I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I;

II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e

III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp).

§ 2º O estabelecimento hospitalar poderá possuir mais de uma unidade de CPN, conforme a necessidade locorregional identificada no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

CAPÍTULO II

Setor Protocolo Legislativo
PL Nº 639 / 2019
Folha Nº 06

DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA

Seção I

Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha

Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN:

- I - possuir estrutura física e equipamentos mínimos, nos termos do art. 5º;
- II - observar os requisitos específicos para cada tipo de CPN, nos termos dos art. 6º;
- III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 7º;
- IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º;
- V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico;
- VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico;
- VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais;
- VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde;
- IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde;
- X - possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
- XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber;
- XII - alimentar regularmente os sistemas de informação nacionais vigentes e monitorar periodicamente os indicadores estabelecidos no Anexo II;
- XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetrix; e
- XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004.

Parágrafo único. A unidade que não possuir os protocolos de que trata o inciso XIII, deverá pactua-los juntamente com as equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de referência, imediatamente após a habilitação do CPN.

Art. 5º A estrutura física do CPN deverá atender o disposto no anexo I e na Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 2008, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente e ao disposto no anexo III, quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado.

Art. 6º Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos:

I - CPNi Tipo I:

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;
- b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e
- c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta;

II - CPNi Tipo II:

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;
- b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e
- c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e

III - CPNp:

- a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;
- b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

Setor Protocolo Legislativo
PC Nº 639 12019
Folha Nº 07

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e

d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta.

§ 1º O requisito de que trata a alínea "a" do inciso III do "caput" poderá ser excepcionado quando os estabelecimentos de saúde forem considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no Município, mediante solicitação do gestor de saúde, após pactuação prévia na Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou na CIB, com inclusão do estabelecimento no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.

§ 2º Excepcionalmente, o CPNp poderá ser vinculado à Secretaria de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, desde que com referência hospitalar estabelecida, nos termos desta Portaria.

§ 3º O CPN poderá ser composto por:

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais.

§ 4º A produção de partos anuais de que trata o § 2º será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima: I - CPNi Tipo I e Tipo II com 3 (três) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia;

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

II - CPNi Tipo I e Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

III - CPNp com 3 (três) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, nas seguintes quantidades mínimas:

1. 1 (um), durante a presença do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; e

2. 2 (dois), durante as escalas noturnas, de finais de semana e feriados, bem como nas ausências prolongadas do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a";

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

IV - CPNp com 5 (cinco) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) 2 (dois) enfermeiros obstétricos ou obstetrixes com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

§ 1º O enfermeiro obstétrico ou obstetrix coordenador do cuidado também exercerá as atividades de assistência relativas ao cuidado materno e neonatal.

§ 2º Os enfermeiros obstétricos que atuam nos CPN deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, consubstanciado em especialização "latu sensu" ou programa de residência.

Setor Protocolo Legislativo

PC Nº 639 12019

Folha Nº 08

§ 3º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil no alojamento conjunto das mulheres e recém-nascidos assistidos no CPNi Tipo II, bem como alta hospitalar das mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos saudáveis.

§ 4º A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz, quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher.

Art. 8º Cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN.

Parágrafo único. Quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deverá garantir o acesso da mulher e do recém-nascido a profissionais de saúde de outras especialidades não elencadas no "caput".

Seção II

Da Habilitação como CPN no Âmbito da Rede Cegonha

Art. 9º Para habilitação da unidade como CPN, os gestores de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, acompanhado dos seguintes documentos:

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) que contemple a inclusão da unidade como CPN no Desenho Regional da Rede Cegonha;

II - declaração do gestor estadual, distrital ou municipal de saúde que ateste a existência de recursos humanos mínimos e infraestrutura adequada para o funcionamento da unidade como CPN, nos termos dos art. 5º a 8º;

III - atualização, pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), incluindo-se as relativas à unidade com pedido de habilitação como CPN; e

IV - planta baixa do projeto arquitetônico do estabelecimento de saúde, aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local, indicando o CPN com nomenclatura dos espaços físicos, inclusive indicando os ambientes de apoio, conforme o disposto no anexo I.

§ 1º Para a habilitação de CPNp vinculado à Secretaria de Saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, e não a um estabelecimento hospitalar, nos termos do § 1º do art. 6º, será anexado, ainda, documento que indique o estabelecimento hospitalar de retaguarda assistencial assinado pelo respectivo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde e pelo dirigente do estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º.

§ 2º Os modelos dos documentos de que trata este artigo encontram-se no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/redecegonha>.

Art. 10. A solicitação de habilitação de CPN de que trata o art. 9º será avaliada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), com realização, se necessário, de visita técnica "in loco", com emissão de parecer conclusivo sobre o pedido.

Parágrafo único. Em caso de aprovação da solicitação de que trata o "caput", a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a publicação de Portaria específica de habilitação da unidade como CPN.

CAPÍTULO III

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DE INVESTIMENTO, CUSTEIO E CUSTEIO MENSAL DE CENTRO DE PARTO NORMAL

Art. 11. Os incentivos financeiros de que trata esta Portaria se dividem em:

I - incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN;

II - incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos para implantação de CPN em atuação complementar ao SUS;

III - incentivo financeiro de investimento para ampliação de área física de estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN;

IV - incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes a serem utilizados no CPN; e

V - incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de CPN.

Seção I

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma de Área Física de Unidade de um Estabelecimento Hospitalar Público para Implantação de CPN

Art. 12. O valor do incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN é de, no máximo:

I - para CPN de 3 (três) quartos PPP: R\$ 189.000,00 (cento e oitenta e nove mil reais); e

Setor Protocolo Legislativo
PL Nº 639 12019
Folha Nº 09

II - para CPN de 5 (cinco) quartos PPP: R\$ 270.000,00 (duzentos e setenta mil reais).

§ 1º A definição do valor do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, para cada solicitação, será efetuada considerando-se a área dos ambientes e serviços a serem executados na reforma.

§ 2º Caso o custo final da reforma da unidade seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio ente federativo beneficiário.

§ 3º Caso o custo final da reforma da unidade seja inferior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo ente federativo beneficiário para despesas de custeio exclusivamente no CPN contemplado.

Art. 13. Para pleitear o incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, o CPN e o estabelecimento hospitalar ao qual é vinculado deverão estar contemplados no Desenho Regional da Rede Cegonha, aprovado pela CIB ou CGSES/DF e pela Coordenação Geral da Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS).

Parágrafo único. O Estado, Distrito Federal ou Município deverá cadastrar a proposta de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção perante o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), acessível pelo endereço eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>, incluindo os seguintes documentos e informações:

I - localização do estabelecimento, com endereço completo, podendo ser incluindo fotografia e planta baixa ou croqui da unidade a ser reformada;

II - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, termo de doação de forma irrevogável e irrevogável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao Estado, Município ou Distrito Federal conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público; e

III - demais informações requeridas pelo SISMOB.

Art. 14. Após análise e aprovação da proposta de que trata o

art. 13, será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde para habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do incentivo financeiro de custeio previsto nesta Seção.

Parágrafo único. A análise de que trata o "caput" será realizada pelo DAPES/SAS/MS.

Art. 15. Uma vez publicada a Portaria de habilitação de que trata o art. 14, o repasse do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário, nos seguintes termos:

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação; e

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no SISMOB:

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; e

b) das demais informações requeridas pelo SISMOB.

§ 1º O repasse da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput" apenas ocorrerá após aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS, dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário.

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>.

Art. 16. Os estabelecimentos hospitalares públicos que forem contemplados com o incentivo financeiro previsto nesta Seção ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e efetivo início de funcionamento das unidades:

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB;

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para emissão do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade e sua inserção no SISMOB; e

III - 90 (noventa) dias, após a inserção do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade no SISMOB, para solicitar a habilitação do CPN.

Art. 17. O ente federativo beneficiário é responsável pela contínua atualização das informações no SISMOB por, no mínimo, 1 (uma) vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam:

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação;

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos.

Setor Protocolo Legislativo
PC Nº 639 12019
Folha Nº 10

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o estabelecimento hospitalar beneficiário ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado.

Art. 18. O SISMOB deverá ser acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo ou estabelecimento hospitalar beneficiário, para fins de monitoramento da execução da reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN.

Art. 19. Caso verifique que não cumprirá qualquer dos prazos definidos no inciso I e II do art. 16, o ente federativo beneficiário encaminhará, em até 30 (trinta) dias antes do respectivo prazo final, expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS.

§ 1º A SAS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de:

I - aceitação da justificativa; ou

II - não aceitação da justificativa.

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo máximo de 3 (três) meses, improrrogável, para que o requerente cumpra o prazo disposto no inciso I ou II do art. 16.

§ 3º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo ente federativo ou pelo estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos beneficiário, a SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria.

Seção II

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma de Área Física de Unidade de um Estabelecimento Hospitalar Privado Sem Fins Lucrativos para Implantação de CPN em Atuação Complementar ao SUS

Art. 20. O valor do incentivo financeiro de custeio para reforma de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos para implantação de CPN em atuação complementar ao SUS é de, no máximo:

I - para CPN de 3 (três) quartos PPP: R\$ 189.000,00 (cento e oitenta e nove mil reais); e

II - para CPN de 5 (cinco) quartos PPP: R\$ 270.000,00 (duzentos e setenta mil reais).

Parágrafo único. A definição do valor do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, para cada solicitação, será efetuada considerando-se a área dos ambientes e serviços a serem executados na reforma.

Art. 21. Para pleitear o incentivo financeiro de custeio de que trata esta Seção, o CPN e o estabelecimento hospitalar ao qual é vinculado deverão estar contemplados no Desenho Regional da Rede Cegonha, aprovado em CIB ou CGSES/DF e pela Coordenação Geral da Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS).

Parágrafo único. O estabelecimento hospitalar deverá encaminhar a proposta de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção ao Ministério da Saúde, por meio do no Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS), que pode ser acessado pelo endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br, incluindo os seguintes documentos e informações:

I - localização do estabelecimento, com endereço completo, podendo incluir fotografia e planta baixa da unidade a ser reformada;

II - declaração de capacidade técnica; e

III - demais informações requeridas pelo SICONV/MS.

Art. 22. Uma vez aprovada a proposta apresentada, será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com indicação do estabelecimento hospitalar apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata esta Seção e respectivo valor contemplado.

Parágrafo único. A análise de que trata o "caput" será realizada pelo DAPES/SAS/MS.

Art. 23. Os recursos do incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata esta Seção serão repassados de acordo com as regras do SICONV/MS.

Seção III

Do Incentivo Financeiro de Investimento para Ampliação de Área Física de Estabelecimento Hospitalar Público para Implantação de CPN

Art. 24. O valor do incentivo financeiro de investimento para ampliação de área física de unidade de um estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN é de, no máximo:

I - para CPNi de 3 (três) ou 5 (cinco) quartos PPP: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais); e

II - para CPNp de 5 (cinco) quartos PPP: R\$ 540.000,00 (quinhentos e quarenta mil reais).

§ 1º A definição do valor do incentivo financeiro de investimento de que trata esta Seção, para cada solicitação, será efetuada considerando-se a área dos ambientes e serviços a serem ampliados.

§ 2º Caso o custo final da ampliação do estabelecimento seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio ente federativo beneficiário.

§ 3º Caso o custo final da ampliação do estabelecimento seja inferior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo ente federativo beneficiário para despesas de capital exclusivamente no CPN contemplado.

Art. 25. Para pleitear o incentivo financeiro de investimento de que trata esta Seção, o CPN e o estabelecimento hospitalar ao qual é vinculado deverão estar contemplados no Desenho Regional da Rede Cegonha, aprovado pela CIB ou CGSES/DF e pela CGSM/DAPES/ SAS/MS.

Parágrafo único. O Estado, Distrito Federal ou Município deverá cadastrar a proposta de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção perante o Ministério da Saúde, por meio do SISMOB, acessível pelo endereço eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>, incluindo os seguintes documentos e informações:

I - localização do estabelecimento, com endereço completo, incluindo fotografia e planta baixa ou croqui da área a ser ampliada;

II - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, termo de doação de forma irrevogável ou cessão de uso por, no mínimo, 20 (vinte) anos, ao Estado, Município ou Distrito Federal, conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público; e

III - demais informações requeridas pelo SISMOB.

Art. 26. Após análise e aprovação da proposta de que trata o art. 25, será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde para habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do financiamento previsto nesta Seção.

Parágrafo único. A análise de que trata o "caput" será realizada pelo DAPES/SAS/MS.

Art. 27. Uma vez publicada a Portaria de habilitação de que trata o art. 26, o repasse do incentivo financeiro de investimento para ampliação de que trata esta Seção será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário, nos seguintes termos:

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação; e

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no SISMOB:

a) da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo CREA e devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; e

b) das demais informações requeridas pelo SISMOB.

§ 1º O repasse da segunda parcela de que trata o inciso II do "caput" apenas ocorrerá após aprovação, pelo Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS, dos dados inseridos no SISMOB pelo ente federativo beneficiário.

§ 2º O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do endereço eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>.

Art. 28. Os estabelecimentos hospitalares públicos que forem contemplados com o incentivo financeiro previsto nesta Seção ficam sujeitos ao cumprimento dos seguintes prazos para execução e conclusão das obras e efetivo início de funcionamento das unidades:

I - 9 (nove) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para a emissão da Ordem de Início de Serviço e sua inserção no SISMOB, cujo acesso encontra-se disponível por meio do endereço eletrônico <http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/>;

II - 18 (dezoito) meses, a contar da data do pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro no respectivo fundo de saúde, para emissão do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade e sua inserção no SISMOB; e

III - 90 (noventa) dias, após a inserção do Atestado de Conclusão de Edificação da Unidade no SISMOB, para solicitar a habilitação do CPN.

Art. 29. O ente federativo beneficiário é responsável pela contínua atualização das informações no SISMOB por, no mínimo, 1 (uma) vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam:

I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação;

II - informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e

III - informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o estabelecimento hospitalar beneficiário ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade pelo próprio sistema informatizado.

Art. 30. O SISMOB deverá ser acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo ou estabelecimento hospitalar beneficiário, para fins de monitoramento da execução da ampliação da área física de estabelecimento hospitalar público para implantação de CPN.

Setor Protocolo Legislativo
PC Nº 639 / 2019
Folha Nº 12

Art. 31. Caso verifique que não cumprirá qualquer dos prazos definidos nos incisos I e II do art. 28, o ente federativo beneficiário encaminhará, em até 30 (trinta) dias antes do prazo final, expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS.

§ 1º A SAS/MS terá 15 (quinze) dias para analisar a justificativa apresentada e cientificar o interessado quanto à sua manifestação, a qual poderá ser de:

- I - aceitação da justificativa; ou
- II - não aceitação da justificativa.

§ 2º Em caso de aceitação da justificativa, será concedido prazo de 3 (três) meses, improrrogável, para que o requerente cumpra o prazo disposto no inciso I ou II do art. 28.

§ 3º Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo ente federativo beneficiário, a SAS/MS elaborará relatório circunstanciado com descrição dos fatos ocorridos e a indicação das eventuais irregularidades na execução do programa e o encaminhará ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para realização de auditoria.

Seção IV

Do Incentivo Financeiro de Investimento para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes a Serem Utilizados no CPN

Art. 32. O valor do incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes a serem utilizados no CPN é de, no máximo:

- I - R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para CPN com 3 (três) quartos PPP; e
- II - R\$ 165.000,00 (cento e sessenta e cinco mil reais) para CPN com 5 (cinco) quartos PPP.

Parágrafo único. A definição do valor do incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, para cada solicitação, será efetuada considerando-se os bens a serem adquiridos, conforme a documentação comprobatória constante da proposta de que trata o art. 33.

Art. 33. O ente federativo ou o estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos interessado no recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção deverá encaminhar proposta ao Ministério da Saúde, para análise e aprovação, contendo Resolução da CIB ou do CGSES/DF que inclua o CPN no Desenho Regional da Rede Cegonha.

§ 1º As propostas de que trata o "caput" serão encaminhadas ao Ministério da Saúde, quando cabível:

- I - pelo Sistema de Pagamento do Ministério da Saúde (SISPAG/MS); ou
- II - pelo SICONV/MS.

§ 2º O acesso aos sistemas de que trata o § 1º encontra-se disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, no endereço www.fns.saude.gov.br.

Art. 34. Uma vez aprovada a proposta de que trata o art. 33, será editado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com indicação do ente federativo ou estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos apto ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Seção e respectivo valor contemplado.

Parágrafo único. Caso o custo final da aquisição dos equipamentos pleiteados seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio ente federativo beneficiário.

Art. 35. Os recursos do incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e material permanente de que trata esta Seção serão repassados em parcela única, de acordo com as regras, no que for pertinente, do SISPAG/MS e do SICONV/MS.

Parágrafo único. No caso de estabelecimentos hospitalares públicos, os recursos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário.

Seção V

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para Funcionamento do CPN

Art. 36. O incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de 1 (um) CPNp é de:

- I - R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), para CPNp com 3 (três) quartos PPP; e
- II - R\$ 100.000,00 (cem mil reais), para CPNp com 5 (cinco) quartos PPP.

Art. 37. O incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de 1(um) CPNi Tipo I é de:

- I - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), para CPNi Tipo I com 3 (três) quartos PPP; e
- II - R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais), para CPNi Tipo I com 5 (cinco) quartos PPP.

Art. 38. O incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de 1 (um) CPNi Tipo II é de:

- I - R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), para CPNi Tipo II com 3 (três) quartos PPP; e

Setor Protocolo Legislativo
PC Nº 639 12019
Folha Nº 13

II - R\$ 70.000,00 (setenta mil reais), para CPNi Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP.

Art. 39. Ato do Ministro de Estado da Saúde autorizará o repasse dos recursos do incentivo financeiro de que trata esta Seção às unidades habilitadas como CPN.

§ 1º Os recursos do incentivo financeiro de que trata esta Seção serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, na modalidade fundo a fundo, aos fundos de saúde estaduais, do Distrito Federal e municipal.

§ 2º A manutenção do repasse do incentivo financeiro de que trata esta Seção ficará condicionada ao cumprimento dos requisitos de constituição e habilitação da unidade do estabelecimento hospitalar como CPNi tipo I, CPNi tipo II ou CPNp, nos termos do Capítulo II.

Art. 40. As despesas de custeio mensal do CPN são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Parágrafo único. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal dos CPN é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB.

CAPÍTULO IV

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 41. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 42. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos das [Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007](#), e nº [3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013](#).

Art. 43. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 44. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regime disposto na [Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012](#), e no [Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012](#).

Art. 45. Com o término da obra referente ao CPN, o ente federativo e o estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos beneficiário assumirão a manutenção preventiva dos respectivos CPN pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, como condição para continuar na Rede Cegonha e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros.

Art. 46. Como condição para recebimento de eventuais novos recursos financeiros no âmbito da Rede Cegonha, o Estado, o Distrito Federal ou o Município beneficiário informará o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao início da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB.

Art. 47. O monitoramento e a avaliação dos CPN, incluindo-se a produção e os indicadores descritos no anexo II, é de responsabilidade das respectivas Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais.

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação de que tratam o "caput" terão o acompanhamento técnico periódico do Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS.

Art. 48. O Ministério da Saúde, de forma compartilhada com os Estados, Distrito Federal e Municípios, acompanhará as informações sobre as ações executadas pelos CPN, podendo determinar a suspensão do respectivo repasse financeiro e a desabilitação do CPN, caso constatado o não cumprimento dos requisitos de constituição e habilitação estabelecidos no Capítulo II.

§ 1º A suspensão do repasse dos recursos financeiros do CPN será determinada se verificado o descumprimento de um ou mais dos seguintes requisitos:

- I - equipe multiprofissional mínima de saúde incompleta que atua em CPNp ou CPNi tipos I e II;
- II - infraestrutura para o funcionamento adequado do CPNp ou CPNi tipos I e II divergente do estabelecido no anexo I;
- III - não garantia de equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas ao dia; e
- IV - produção mínima de partos insuficiente conforme dimensão do CPN, registrada em Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias, após recebimento de notificação da suspensão pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º.

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar o cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, providenciará a regularização do repasse dos recursos financeiros do CPN.

§ 4º Na hipótese do § 3º, a unidade não fará jus ao recebimento dos recursos financeiros referentes ao período de vigência da suspensão do repasse.

§ 5º Caso não seja demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do CPN.

§ 6º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação do CPN desabilitado a qualquer tempo, desde que cumpridas as exigências estabelecidas nesta Portaria.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 49. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecerão rotinas de acompanhamento e supervisão que garantam o cumprimento dos objetivos dos CPN de promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher e ao recém-nascido na assistência ao parto e ao nascimento.

Parágrafo único. O DAPES/SAS/MS prestará cooperação técnica e orientações para atuação dos CPN.

Art. 50. Ficam instituídas na Tabela de Habilitações do SCNES as habilitações do CPNi Tipo I, CPNi Tipo II e do CPNp, nos seguintes termos:

- I - Código - 14.10 - Unidade de Centro de Parto Normal Intra-hospitalar Tipo I 3 PPP;
- II - Código - 14.11 - Unidade de Centro de Parto Normal Intra-hospitalar Tipo I 5 PPP;
- III - Código - 14.12 - Unidade de Centro de Parto Normal Peri- hospitalar 5 PPP;
- IV - Código - 14.17 - Unidade de Centro de Parto Normal Peri- hospitalar 3 PPP;
- V - Código - 14.18 - Unidade de Centro de Parto Normal Intra-hospitalar tipo II 3 PPP; e
- VI - Código - 14.19 - Unidade de Centro de Parto Normal Intra-hospitalar tipo II 5 PPP.

Art. 51. O procedimento 03.10.01.005-5 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN), constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, será utilizado para registro das ações realizadas pelo CPN no âmbito da Rede Cegonha, nos termos do anexo IV.

Art. 52. O CPN habilitado nos termos desta Portaria não será remunerado especificamente pela quantidade de procedimentos realizados, quando apresentar AIH com o Procedimento 03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) em estabelecimentos de saúde com as seguintes habilitações:

- I - 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 3PPP;
- II - 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 5PPP;
- III - 14.12 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 5 PPP;
- IV - 14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 3 PPP;
- V - 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 3 PPP; e
- VI - 14.19 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 5 PPP.

Parágrafo único. O CPN habilitado nos termos desta Portaria será remunerado por meio do incentivo de custeio mensal de que trata a Seção V do Capítulo III.

Art. 53. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que tratam esta Portaria serão oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar:

I - em relação ao incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de CPNi ou CPNp, o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.0001 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e

II - em relação aos incentivos financeiros de custeio para reforma de unidades e de investimento para ampliação de unidades e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, o Programa de Trabalho 10.302.2015.20R4.0001 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha.

Art. 54. O repasse dos recursos financeiros de que trata esta Portaria está condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 55. A constituição, a habilitação e o funcionamento dos CPN deverão atender as regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/redecegonha>, sem prejuízo de outras regras previstas na legislação vigente.

Art. 56. Os estabelecimentos de saúde já tratados como CPN nos termos da Portaria nº 985/GM/MS, de 5 de agosto de 1999, que não se adequam aos requisitos desta Portaria, continuarão classificados como CPN e apresentando informações de sua produção no âmbito do SUS por meio de AIH, sem alteração na forma de financiamento.

Art. 57. O anexo II à [Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011](#), passa vigorar com a conferida pelo anexo

V.

Setor Protocolo Legislativo
PC Nº 639 / 2019
Folha Nº 15

Art. 58. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais nos sistemas de informação a partir da competência de 2015.

Art. 59. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 985/GM/MS, de 5 de agosto de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 150, Seção 1, do dia seguinte, p. 51; e

II - a Portaria nº 904/GM/MS, de 29 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 103, Seção 1, do dia 31 seguinte, p. 94.

ARTHUR CHIRO

ANEXO I

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL

A planta física para este caso deverá conter os seguintes espaços físicos abaixo (a serem distribuídos de acordo com as especificidades do terreno ou estabelecimento):

	AMBIENTES	Quantificação (mínima- un)	Dimensão (mínima- m)	Área Unitária (mínima- m ²)
AMBIENTES FINIS				
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante *	1	-	12,00
2	Sala de exames e admissão de parturientes*	1	-	9,00
3	Sanitário anexo à sala de exames *	1	1,20	2,40
4	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheira)	2	3,20	14,50
5	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheira)	1	3,20	18
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,70	4,80
7	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa.	1	-	20,00
8	Posto de enfermagem *	1	-	2,50
9	Sala de serviço *	1	-	5,70
AMBIENTES DE APOIO				
10	Sala de utilidades	1	1,50	6,00
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2,00	5,00
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	2,30
13	Rouparia	-	-	-
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1,00	2,00
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	3,50
16	Copa	1	1,15	4,00
17	Refeitório	1	-	12,00
18	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	-

* Como unidade Intra-hospitalar tipo II, o CPN poderá compartilhar também estes ambientes fins com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que sejam de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

Observação: Ao somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido 30% (trinta por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes).

Planta recomendada pela Área Técnica de Saúde da Mulher/MS encontra-se no site: www.saude.gov.br/redecegonha

AMBIENTES FINIS

1. Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).

2. Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3. Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4. Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Setor Protocolo Legislativo

PC Nº 639 / 2019

Folha Nº 16

5. Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6. Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7. Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8. Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9. Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10. Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11. Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12. Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13. Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14. Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15. Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16. Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17. Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18. Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19. Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20. Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

ANEXO II

INDICADORES DO CENTRO DE PARTO NORMAL

Indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN:

1) Dados dos partos:

- a) Total de partos realizados no CPN intra-hospitalar tipos I e II e CPN peri-hospitalar
 - b) Percentual de partos realizados por cada profissional: enfermeiro (a) e médico (a)
 - c) Percentual de partos em adolescentes
 - d) Percentual de partos na água
 - e) Percentual de partos em posição vertical
- 2) Percentual de episiotomia

Setor Protocolo Legislativo
PC Nº 639 / 2019
Folha Nº 17

- 3) Percentual de Laceração 1º e 2º grau
- 4) Percentual de Laceração 3º e 4º grau
- 5) Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)
- 6) Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio
- 7) Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério
- 8) Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré Natal
- 9) Dados do Recém-Nascido (RN):
 - a) Percentual de RN com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g
 - b) Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41semanas
 - c) Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto
 - d) Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento
- 10) Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência
- 11) Percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência
- 12) Percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico ou pediátrico na unidade

ANEXO III

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL

1. Infra-estrutura destinada especificamente ao seu funcionamento constituída por:
 - 1.1. Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante;
 - 1.2. Sala de exames e admissão de parturientes;
 - 1.3. Sanitário anexo à sala de exames;
 - 1.4. Três a 5 (cinco) quartos PPP para CPN peri-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; e 3 (três) a 5 (cinco) quartos PPP para CPN intra-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional), com arco e perneiras removíveis;
 - 1.5. Banheiro anexo ao quarto PPP;
 - 1.6. Área para deambulação (interna e/ou externa);
 - 1.7. Varanda /solário;
 - 1.8. Posto de enfermagem; e
 - 1.9. Sala de serviço.
 2. Possuir os seguintes ambientes de apoio:
 - 2.1. Sala de utilidades;
 - 2.2. Quarto de plantão para funcionários;
 - 2.3. Banheiros anexo ao quarto de plantão (masculino e feminino);
 - 2.4. Rouparia (não necessariamente se constitui em um ambiente);
 - 2.5. Depósito de material de limpeza;
 - 2.6. Depósito de equipamentos e materiais;
 - 2.7. Copa;
 - 2.8. Refeitório das parturientes (para CPN intra-hospitalar este espaço é opcional);e
 - 2.9. Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional).
- OBS.: Como unidade intra-hospitalar, o CPN poderá compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.
3. Equipamentos Mínimos do Centro de Parto Normal:
 - 3.1. Estetoscópio clínico;

- 3.2. Esfigmomanômetro;
 - 3.3. Fita métrica;
 - 3.4. Estetoscópio sonar, 01 (um) por quarto PPP;
 - 3.5. Amnioscópio com fonte de luz;
 - 3.6. Mesa auxiliar;
 - 3.7. Foco de luz móvel;
 - 3.8. Instrumental para exame ginecológico incluindo especulo vaginal e pinça de Cheron;
 - 3.9. Materiais para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:
 - 3.9.1. Barra fixa ou escada de Ling;
 - 3.9.2. Bola de Bobat e cavalinho;
 - 3.9.3. Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher;
 - 3.9.4. Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto;
 - 3.10. Perneira para adoção da posição ginecológica pela mulher (acoplável e removível na cama de alvenaria);
 - 3.11. Instrumental para parto normal com clampeador de cordão;
 - 3.12. Mesa para refeição;
 - 3.13. Colchão de 1,28m x 1,88m, D33 revestido com material lavável para quarto PPP
 - 3.14. Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical;
 - 3.15. Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por quarto PPP;
 - 3.16. Balança para recém-nascido;
 - 3.17. Oxímetro de pulso;
 - 3.18. Berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante;
 - 3.19. Berço de acrílico, 01 (um) por quarto PPP;
 - 3.20. Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica números 6, 8 e 10. Dispositivo para aspiração de mecônio na traquéia;
 - 3.21. Material para ventilação: balão auto-inflável de 500 ml e de 750 ml, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H2O e/ou manômetro, máscaras faciais para recém-nascidos a termo;
 - 3.22. Capacete HOOD para oxigenioterapia de RN;
 - 3.23. Plástico protetor para evitar perda de calor;
 - 3.24. Maleta de reanimação com material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete, tamanhos 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0 mm;
 - 3.25. Material para cateterismo umbilical;
 - 3.26. Incubadora de transporte (caso o estabelecimento não possua);
 - 3.27. Fonte de oxigênio;
 - 3.28. Poltrona reclinável para acompanhante;
 - 3.29. Mesa para exame ginecológico;
 - 3.30. Escadinha de dois lances; e
 - 3.31. Computador com impressora;
 - 3.32. Cardiotocógrafo
- Equipamentos e Materiais Opcionais do Centro de Parto Normal:
- 4.1. Camas PPP;
 - 4.2. Mesa de cabeceira; e
 - 4.3. Equipamento áudio-visual.

ANEXO IV

Procedimento	03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)
Descrição	PARTO NORMAL DE GESTANTE DE RISCO HABITUAL
Origem	03.10.01.003-9
Modalidade	Hospitalar
Instrumento de registro	AIH (Proc. Principal)
Complexidade	Média Complexidade
Tipo de financiamento	Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Serviço Ambulatorial	R\$ 0,00
Valor Serviço Ambulatorial Total	R\$ 0,00
Valor Serviço Hospitalar	R\$ 267,60
Valor Serviço Profissional	R\$ 175,80
Valor Hospitalar Total	R\$ 443,40
Atributo complementar	Exige VDRL na AIH
Sexo	Feminino
Idade mínima	15 anos
Idade máxima	40 anos
Média de permanência	2
Leito	02 - Obstétrico
CBO	2231F9, 223545, 225250
CID	O631, O800, O801, O808, O809, P95
Habilitação	14.03 Unidade que realiza assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstetra ou obstetrix; 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I com 3PPP; 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I 5PPP; 14.12 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 5 PPP; 14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 3 PPP; 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II com 3PPP; 14.19 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II 5PPP

ANEXO V

"ANEXO II MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

(A) Ampliação Centros de Parto Normal (somente para estabelecimento hospitalar público): até R\$ 250.000,00 para CPN com 3 quartos PPP e até R\$ 540.000,00 para CPN com 5 quartos PPP;

(B) Reforma Centros de Parto Normal: até R\$ 189.000,00 para CPN 3 quartos PPP e até R\$ 270.000,00 para CPN 5 quartos PPP;

(C) Aquisição de equipamentos e materiais para Centros de Parto Normal: até R\$ 100.000,00 para CPN 3 quartos PPP e até R\$ 165.000,00 para CPN 5 quartos PPP;

(D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00;

(E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00;

(F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00

(G) Custeio mensal do Centro de Parto Normal conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde: R\$ 60.000,00 para CPN peri-hospitalar com 3 quartos PPP; R\$ 100.000,00, para CPN peri-hospitalar com 5 quartos PPP; R\$ 50.000,00, para CPN intrahospitalar Tipo I com 3 quartos PPP; R\$ 80.000,00 para CPN intrahospitalar Tipo I com 5 quartos PPP; R\$ 40.000,00 para CPN intrahospitalar Tipo II com 3 quartos PPP; R\$ 70.000,00 para CPNi Tipo II com 5 quartos PPP.

(H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês;

(I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 3 de junho de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$

Setor Protocolo Legislativo
 PC Nº 639 12019
 Folha Nº 20

200.00,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha;

(J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma.

(K) CUSTEIO DE NOVOS LEITOS DE UTI NEONATAL

I - valor do incentivo anual para o gestor = Número de novos leitos de UTI Neonatal X 365 dias X R\$800,00 X 0,90

II - valor do incentivo anual para o prestador = Número de novos leitos de UTI Neonatal X 365 dias X (R\$800,00 - valor do tipo de diária de UTI Neonatal credenciada tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 Onde: R\$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitear o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH - SUS.

(L) CUSTEIO DE LEITOS DE UTI NEONATAL JÁ EXISTENTES

I - valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI Neonatal já existentes X 365 dias X (R\$800,00 - valor do tipo de diária de UTI Neonatal credenciada tipo

II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 Onde: R\$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Considera-se aqui que as diárias destes leitos serão faturadas e pagas no SIH - SUS, e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

(M) CUSTEIO DE LEITOS DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL/UCI

I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X R\$280,00 X 0,90

II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos de UCI X 365 dias X (R\$280,00 - R\$137,00) X 0,90 Onde: R\$280,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Para isto, os leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitear o credenciamento como UCI, e faturar as diárias no SIH - SUS. Os leitos já existentes terão a mesma lógica de composição dos tetos, considerando que a tipologia de leito foi criada pelo Ministério da Saúde, sem alocação de recursos para o seu custeio.

(N) CUSTEIO DE NOVOS LEITOS DE UTI ADULTO

I - valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 II - valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 Onde: R\$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitear o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH - SUS.

(O) CUSTEIO DE LEITOS DE UTI ADULTO JÁ EXISTENTES

I - valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI Adulto já existentes X 365 dias X (R\$800,00 - valor do tipo de diária de UTI Adulto credenciada tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 Onde: R\$800,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação. Considera-se aqui que as diárias destes leitos serão faturadas e pagas no SIH - SUS, e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

(P) CUSTEIO DE LEITOS CANGURU

I - valor do incentivo para gestores e prestadores = Nº de leitos x R\$80,00 x 365 dias x 0,90 Onde: R\$80,00 corresponde a 100% do valor de referência da diária, e 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação Deverá ser criada a tipologia de leito e procedimento correspondente em portaria específica, para o registro da diária no SIH - SUS.

(Q) CUSTEIO DE NOVOS LEITOS PARA GESTANTES DE ALTO RISCO/LEITOS GAR

I.I - valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$480,00 X 0,85

I.II - Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$220,00 X 0,85 Onde: 0,85 corresponde a 85% de taxa de ocupação R\$480,00 corresponde a 80% do valor de referência da diária, R\$220,00 = R\$480,00 - R\$260,00 (R\$260,00 foi o valor médio da diária de leitos das maternidades classificadas como Referência Secundária para Gestantes de Alto Risco e Referência Terciária para Gestantes de Alto Risco no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIHSUS.

(R) CUSTEIO DOS LEITOS GAR JÁ EXISTENTES

I.II - Incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de novos leitos GAR X 365 dias X R\$220,00 X 0,85 Onde: 0,85 corresponde a 85% de taxa de ocupação R\$220,00 = R\$480,00 - R\$260,00 (R\$260,00 foi o valor médio da diária de leitos das maternidades classificadas como Referência Secundária para Gestantes de Alto Risco e Referência Terciária para Gestantes de Alto Risco no país em 2010).

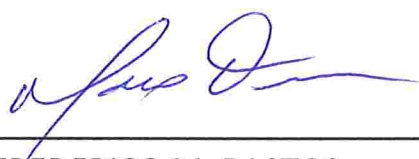
Considera-se aqui que as AIH destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito."

Assunto: Distribuição do **Projeto de Lei nº 639/19** que “Estabelece diretrizes para criação do Programa Centro de Parto Normal – CPN nas sete regiões de saúde do DF (Norte, Central, Leste, Centro – Sul, SUL, Sudoeste e Oeste) para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento e dá outras providências”.

Autoria: Deputado (a) **Arlete Sampaio (PT)**

Ao **SPL** para indexações, em seguida ao **SACP**, para conhecimento e providências protocolares, informando que a matéria tramitará, em análise de mérito, na **CESC** (RICL, art. 69, I, “a”), e, em análise de admissibilidade na **CEOF** (RICL, 64, II, “a”) e na **CCJ** (RICL, art. 63, I).

Em 12/09/19



MARCELO FREDERICO M. BASTOS

Matrícula 13.821

Assessor Especial

Setor Protocolo Legislativo
PL Nº 639 / 1 2019
Folha Nº 22