



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Nota Técnica

A Atuação de Enfermeiras Obstétricas na Atenção ao Pré-Natal e ao Parto como contribuição a Política Pública para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Jacqueline Alves Torres

Kleyde Ventura

Valdecyr Herdy Alves

Junho - 2009

ABENFO-Nacional
CNPJ: 68.800.853/0001-41
Endereço: Av. Passos, 122/502 – Centro - Rio de Janeiro
Tel./Fax.: (21) 2263-7843
Site: www.abenfo.org.br
E-mail: abenfo.nacional@gmail.com



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO

1.1 – Título:

A Atuação de Enfermeiras Obstétricas na Atenção ao Pré-Natal e ao Parto como Política Pública para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

1.2 – Instituição:

Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos – ABENFO Nacional

1.3 – Elaboração Técnica:

Jacqueline Alves Torres; Kleyde Ventura de Souza e Valdecyr Herdy Alves

1.4 – Sumário:

Trata-se da análise do cenário atual da atenção obstétrica no Brasil em comparação com dados internacionais e da proposição de ações que podem contribuir para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, apontando como estratégia central o fortalecimento das políticas públicas de qualificação e expansão da atenção ao pré-natal e ao parto por enfermeiras obstétricas. Tomam-se como referência recomendações da Organização Mundial de Saúde e evidências científicas atuais que apontam que modelos de atenção ao parto com enfermeiras obstétricas são mais custo-efetivos.



PARTE II - DESCRIÇÃO

2.1 – Contexto e Justificativa:

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para o ano de 2009, estima-se que 63% da população feminina no Brasil seja composta por mulheres em idade fértil, o que corresponde a cerca de 61 milhões de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, isto é, em idade reprodutiva. Essas mulheres serão responsáveis por dar a luz a aproximadamente 3 milhões de novos cidadãos brasileiros a cada ano.

De acordo com informações constantes no DATASUS/Ministério da Saúde, 98% dos nascimentos acontecem em hospitais, o que contribuiu para um gasto com internações obstétricas, no Sistema Único de Saúde, no ano de 2007, em torno de 1 bilhão de reais. Apesar disto, o Brasil apresenta, ainda hoje, resultados em indicadores de morbimortalidade materna e neonatal muito aquém dos investimentos realizados.

A prova disto é que a mortalidade materna no Brasil é ainda muito alta, situando-se acima da média da Razão de Mortalidade Materna – RMM dos países do Continente Americano. Conforme divulgado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, na publicação Health-Related Millennium Development Goal, a RMM no Brasil encontra-se hoje em torno de 110 mortes por 100 mil nascidos vivos (dados do Ministério da Saúde, para o ano de 2005, reportam uma RMM corrigida de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos), enquanto a média das Américas situa-se em 99 por 100 mil nascidos vivos. Ainda segundo esta publicação, o Chile, o Uruguai e a Venezuela apresentam respectivamente uma RMM de 16, 20 e 57 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, deixando o Brasil numa posição bem inferior no resultado deste indicador em relação aos países vizinhos.

No cenário brasileiro mais recente, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, lançada em 2004, veio a consolidar direitos



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

materializados em seus princípios norteadores, entre eles o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde. Assim, vivemos situações contraditórias. De um lado, temos um conjunto de documentos legais, baseados em concepções avançadas do ponto de vista conceitual, programático e político para a realização de uma assistência de qualidade e humanizada à saúde da mulher. No entanto, de outro lado, os indicadores de saúde e a qualidade dos serviços apontam para um vácuo no que tange às suas demandas e expectativas, trazendo assim obstáculos para um direito humano básico – o direito à saúde.

Outro dado que chama a atenção e que teve destaque na publicação da OMS mencionada, é a taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade, que considera o número de óbitos em menores de 5 anos a cada 1000 nascidos vivos. Embora o Brasil tenha conseguido ao longo dos últimos anos reduzir este componente de mortalidade (de 30,37 em 2000 para 25,23 em 2005) ainda mantemos um resultado pior do que a média dos países americanos neste indicador que segundo a publicação Health-Related Millennium Development Goal é de 19 óbitos por 1000 nascidos vivos.

Destaca-se que de cada 10 óbitos em menores de 5 anos que ocorreram no Brasil no ano de 2005, 6 aconteceram antes de completados 1 mês de vida. Se globalmente o peso da mortalidade neonatal na composição da mortalidade em menores de 5 anos corresponde a 37%, no Brasil a mortalidade entre 0 e 28 dias de vida corresponde a 56% dos óbitos em menores de 5 anos, o que demonstra o impacto que melhorias na qualidade da atenção materno e neonatal podem ocasionar neste indicador.

Inicialmente estes dados podem parecer demonstrar falta de acesso aos serviços de saúde, contudo, é preciso ressaltar que a cobertura de pré-natal no Brasil é alta, sendo 88,11% a proporção de mulheres que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal. Outro dado de cobertura que chama a atenção é a



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

proporção de cesarianas, atualmente em torno de 45%, valor bem acima dos 15% recomendados pela OMS. Deste modo, observa-se que há uma utilização inadequada de recursos e tecnologias na atenção obstétrica, sem impacto significativo nos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Tratando-se, portanto, de realidade perversa, cuja conseqüência é a precariedade da atenção obstétrica no Brasil. Por um lado não atende à população de alto risco, haja vista as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e por outro, não atende à população majoritária de mulheres de baixo risco, haja vista a excessiva medicalização da assistência, em que práticas antigas, ultrapassadas, desnecessárias e prejudiciais ainda fazem parte da maioria das rotinas hospitalares. O resultado é que a maioria das mortes e doenças atribuíveis ao período perinatal é evitável, uma vez que são bem conhecidas as medidas que devem ser tomadas para tratá-las ou erradicá-las.

O Brasil, assim como os demais Estados-Membros da Assembléia Geral da ONU, assumiu o compromisso de empreender esforços em prol de “Melhorar a Saúde das Gestantes” e “Reduzir a Mortalidade Infantil”, objetivos listados entre os Oito Objetivos do Milênio- ODM propostos em 2000 pela Organização das Nações Unidas - ONU. Embora ocupe hoje posição econômica de destaque no mundo e possua recursos humanos e tecnológicos para prestar uma boa qualidade de atenção obstétrica e neonatal para a população brasileira, os resultados desta atenção em nosso meio estão abaixo do mínimo desejável. O desafio que persiste não é, pois, tecnológico, mas sim estratégico e organizacional.

2.2 – Relevância:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, a assistência obstétrica deve ter como objetivo mãe e criança saudáveis, com o mínimo de intervenções compatíveis com a segurança.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Esta abordagem implica que deve haver uma razão válida para se interferir no parto normal, implica ainda, em uma visão do processo de gestar e parir que extrapola os limites da função biológica, valorizando os aspectos sociais e culturais que permeiam este processo, pois são eventos determinantes de profundas transformações nos papéis de mulheres-homens-famílias.

Baseada nesta premissa a OMS lançou, em 1985, uma publicação com tecnologias apropriadas para o parto e nascimento. Este documento impulsionou o movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil.

O movimento pela humanização do parto e nascimento, tendo por base as evidências científicas mais atuais sobre atenção obstétrica e neonatal, estimula a adoção de rotinas hospitalares menos intervencionistas e que favoreçam o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto e parto.

Consoante com as recomendações da OMS e, reconhecendo a importância da atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde do Brasil tem estimulado a atuação desta profissional nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, por meio da publicação de diversas Portarias que legitimam a atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto no âmbito do SUS.

Entre estas portarias destacam-se a Portaria GM/MS nº. 985, de 06 de agosto de 1999, que cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento a mulher no período gravido- puerperal e define que os mesmos podem funcionar apenas com enfermeiras obstétricas responsáveis pela atenção ao parto; a Portaria SE/MS nº. 876, de 30 de novembro de 2000, que aprova planos de trabalho de apoio às ações de saúde objetivando a execução do “curso de especialização em enfermagem obstétrica” através das universidades federais reconhecendo a importância de se investir na qualificação de enfermeiras obstétricas no Brasil; e a Portaria nº. 743, de 20 de dezembro de 2005, que padroniza as

ABENFO-Nacional
CNPJ: 68.800.853/0001-41
Endereço: Av. Passos, 122/502 – Centro - Rio de Janeiro
Tel./Fax.: (21) 2263-7843
Site: www.abenfo.org.br
E-mail: abenfo.nacional@gmail.com



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

informações do Laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH e define que somente os profissionais portadores de diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeiro (a) obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 - Parto normal sem distócia realizado por enfermeiro (a) obstetra, reconhecendo a competência da enfermeira obstetra para realização de partos normais no âmbito do SUS.

Paralelamente, as evidências científicas atuais apontam a importância de fatores que contribuem para melhorar os resultados perinatais, como um ambiente facilitador para o parto, um profissional treinado para a assistência e a continuidade do cuidado perinatal para a mulher e o bebê.

A segurança da assistência ao parto por enfermeiras obstétricas e obstetrixes tem sido objeto de diversas publicações (BLANCHETTE, 1995, TURNBULL, 1996, MACDORMAN, 1998, HATEM, 2008) estando o cuidado por estas profissionais relacionado, de um modo geral, não apenas a uma menor taxa de intervenções médicas, mas também, com conseqüente possível menor custo hospitalar e, sobretudo maior satisfação das usuárias com o atendimento.

Destaca-se que revisão sistemática publicada em 2008 na biblioteca Cochrane – entidade de renome internacional no que se refere a evidências científicas em saúde comprovou que modelos de assistência obstétrica com enfermeiras obstétricas e obstetrixes aumentam as chances de parto vaginal e do início do aleitamento materno e reduzem o número de intervenções como episiotomia, analgesia peridural e parto instrumental.

No Brasil, a Lei Federal que regula o exercício profissional da enfermagem (Lei 7498/86), regulamentada pelo Decreto 94.406/87, dispõe que é competência do enfermeiro obstetra a realização de parto eutócico (de baixo risco), a realização de episiotomia e episiorrafia, quando necessária, e a assistência à mulher no parto distócico até a chegada do médico, dando autonomia a este profissional na assistência ao parto.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Em Países com excelentes resultados perinatais como Inglaterra, Holanda, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, entre outros, a assistência ao parto por enfermeiras obstétricas e obstetras é amplamente difundida. Há uma hierarquia no atendimento obstétrico e o médico somente participa de partos distócicos, ou seja, com complicações que exijam intervenção médica.

Além disso, em todo o mundo, e especialmente em países da Europa e América do Norte, obstetras e enfermeiras obstétricas têm seu papel nas políticas públicas de atenção obstétrica reconhecido. Foi o que se observou durante o último congresso promovido pela International Confederation of Midwives - ICM que aconteceu durante os dias 1 a 5 de junho de 2008, em Glasgow, Escócia. Este congresso contou com a participação de cerca de 4000 obstetras e enfermeiras obstétricas de mais de 30 países, implicadas com a atenção ao parto e nascimento.

Além de uma série de apresentações de pesquisas com as evidências científicas mais atuais sobre o manejo adequado do pré-natal, parto e pós-parto, destacaram-se na programação conferências de personalidades do cenário político mundial como a Princesa Anne da Inglaterra e Sara Brown esposa do Primeiro Ministro do Reino Unido, que enfatizaram a importância de se ampliar os investimentos na qualificação de enfermeiras obstétricas e obstetras para redução da morbimortalidade materna e infantil.

De acordo com as pesquisas apresentadas neste evento, as evidências científicas atuais apontam que o padrão ouro para a atenção obstétrica são os melhores resultados perinatais com o menor número de intervenções possíveis. Neste sentido, ratificam-se as recomendações da OMS para se investir em: atendimento de pré-natal e partos de baixo risco por enfermeiras obstétricas e obstetras, educação continuada conjunta para enfermeiras obstétricas e obstetras em manejo do trabalho de parto e parto baseado em evidências científicas, medidas de suporte como a presença de acompanhante e doulas, utilização de tecnologias não-invasivas para o manejo da dor, com

ABENFO-Nacional
CNPJ: 68.800.853/0001-41
Endereço: Av. Passos, 122/502 – Centro - Rio de Janeiro
Tel./Fax.: (21) 2263-7843
Site: www.abenfo.org.br
E-mail: abenfo.nacional@gmail.com



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

ênfoque no uso da água, cuidado centrado na mulher e na família e decisão informada e compartilhada.

Apesar das evidências científicas disponíveis e do arcabouço legal que ampara a atuação de enfermeiras obstétricas no Brasil, esta atuação é ainda muito pequena, em grande parte pelo entendimento equivocado de que a inserção de enfermeiras obstétricas na atenção à gestação e parto irá tirar o espaço de atuação de médicos obstetras, levando entidades representativas de médicos a pressionarem gestores a não inserir enfermeiras obstétricas especialmente na atenção ao parto nos serviços de saúde. Esta é uma visão limitada e corporativista, que ignora as recomendações da OMS e do próprio Ministério da Saúde do Brasil de hierarquização da assistência obstétrica, na qual é prevista a atuação integrada e multiprofissional, com otimização de recursos e ganhos de qualidade.

2.3 – Estratégias:

O Relatório Mundial da Saúde 2005, no manifesto sobre atenção materno-infantil, da OMS, destaca que para a qualidade da assistência à gestação, parto e puerpério é necessário:

- ✓ “Desenvolver a continuidade dos cuidados: O princípio que se encontra na base do desenvolvimento dos programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança é o da “continuidade de tratamento”. Esta expressão tem dois significados. Primeiro significa que os cuidados têm que ser prestados continuamente ao longo de todo o ciclo de vida, incluindo a adolescência, a gravidez, o parto e a infância. Segundo, indica que os cuidados têm que ser prestados garantindo relações de proximidade efetivas entre os cuidados prestados nos domicílios, na comunidade, no centro de saúde e no hospital. Perceber estas duas dimensões da “continuidade” dos cuidados tem consequências profundas no modo como os programas são organizados.”

ABENFO-Nacional
CNPJ: 68.800.853/0001-41
Endereço: Av. Passos, 122/502 – Centro - Rio de Janeiro
Tel./Fax.: (21) 2263-7843
Site: www.abenfo.org.br
E-mail: abenfo.nacional@gmail.com



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

- ✓ “Tratamento profissional e competente durante o parto: Os países que tiveram sucesso em conseguir garantir uma maternidade segura têm algo em comum: garantem à mulheres grávidas o acesso a cuidados competentes e profissionais antes, durante e depois do parto. Como as complicações que ocorrem durante o parto não podem ser previstas e podem muito rapidamente tornar-se fatais, todas as mulheres e bebês sem exceção, precisam dos cuidados que apenas as parteiras, enfermeiras-parteiros, médicos e outros profissionais com competências obstétricas, podem prestar. Isto significa que os cuidados profissionais de primeira linha têm que estar disponíveis 24 horas por dia, todos os dias, para atender todas as mães e recém-nascidos, com o apoio na retaguarda de um hospital que possa garantir um nível de cuidados de referência 24 horas por dia, todos os dias, para as que deles necessitem.”

A partir destas considerações, destacam-se como estratégias para melhorar os indicadores materno-neonatais no Brasil:

- ✓ Fortalecer e desenvolver políticas de saúde voltadas para a efetiva inserção de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto de baixo risco e, na consulta puerperal;
- ✓ Ampliar a rede de Centros de Parto Normal no país, criando uma estrutura adequada para atenção ao parto de baixo risco, que possibilite a continuidade da atenção em um modelo de assistência que valorize os aspectos culturais e subjetivos na atenção ao parto e nascimento;
- ✓ Implementar as recomendações constantes na RDC 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal, em especial a implementação do acompanhamento dos indicadores constantes no Anexo II desta resolução pelas vigilâncias estaduais;

ABENFO-Nacional
CNPJ: 68.800.853/0001-41
Endereço: Av. Passos, 122/502 – Centro - Rio de Janeiro
Tel./Fax.: (21) 2263-7843
Site: www.abenfo.org.br
E-mail: abenfo.nacional@gmail.com



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

- ✓ Promover treinamentos conjuntos, baseados em evidências científicas, de médicos e enfermeiras obstétricas, para valorização do trabalho em equipe;
- ✓ Esclarecer os gestores sobre a importância da atuação efetiva de enfermeiras obstétricas, no ciclo gravídico-puerperal, para a melhoria dos indicadores maternos e neonatais;
- ✓ Cobrar dos gestores estratégias para o alcance dos Objetivos do Milênio da OMS, especialmente no que se refere à redução da mortalidade materno-infantil;
- ✓ Divulgar as evidências científicas mais atuais sobre modelos de atenção ao parto com enfermeiras obstétricas;
- ✓ Divulgar recomendações baseadas em evidências científicas sobre boas práticas relacionadas à atenção ao parto e nascimento;
- ✓ Instrumentalizar enfermeiras para que possam demandar das instituições governamentais políticas públicas que tomem em conta a importância da enfermeira obstetra na qualificação da atenção à gestação, parto e puerpério;
- ✓ Exigir dos órgãos governamentais um posicionamento mais rigoroso em relação ao cumprimento da legislação e políticas públicas de Estado que garantam os direitos humanos, especialmente os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres, em consonância com os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro.
- ✓ Discutir, no âmbito da formação profissional em saúde, em nível de graduação e pós-graduação, temas relacionados às causas e consequências das cesarianas desnecessárias e tecnologias apropriadas para o manejo do pré-natal, parto e nascimento e puerpério;
- ✓ Monitorar indicadores epidemiológicos perinatais dos principais serviços de atenção obstétrica e neonatal do país e divulgar dados assistenciais sobre atuação de enfermeiras obstétricas nos serviços públicos do país;



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

- ✓ Instrumentalizar mulheres e homens sobre os benefícios do parto normal e sobre direitos sexuais e reprodutivos, para que possam exigir dos serviços de saúde uma atenção obstétrica de qualidade.

Bibliografia Consultada

1. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth, Lancet 1985, 2: 436-437.
2. Souza KV, Tyrrell MAR. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. Texto contexto - enferm., 2007 Jan-Mar; 16(1):47-54.
3. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006, 367 (9525): 1819-1829.
4. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Rotinas em Obstetrícia. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 680 p.
5. Davis-Floyd, R. The technocratic, humanistic and holistic paradims of childbirth. International J Gynecol & Obst 2001; 75: 5-23.
6. Barros, JAC, Pensando sobre o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade. 11(1): 67-84, Jan/jul, 2002.
7. Potter, JP et al, Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil. BMJ. 323: 1155-1158, 2001.
8. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S, Midwife-led versus othermodels of care for childbearing women. Cochrane Database f Sistematic Reviews 2008, Issue 4. Art No.: CD04667. DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub2.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

9. Torres JA, Santos I, Vargens OMC, Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 656-64.
10. Basile ALO. Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral esquerda. [dissertação] São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2000
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Secretaria Executiva/ Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Pacto de Indicadores de Atenção Básica. Série histórica e metas dos indicadores. 2006.
12. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 1996; (30):19-33
13. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília 1998. p. 17 a 21.
14. Brasil. Portaria nº 3.016 de 19 de junho de 1998. Cria o sistema estadual de referência para gestação de alto risco. Brasília 22 de agosto de 1998, seção 1: 33.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.816/98 GM de 29 de maio de 1998. Determina o pagamento de um percentual máximo de cesariana em relação ao número total de partos de cada hospital no âmbito do SUS. Brasília, 2 de junho de 1998, seção 1:48.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.815/98 GM de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, e na tabela do sistema de informações ambulatoriais, o grupo de procedimentos parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Brasília, 2 de junho de 1998, seção 1:48.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 163. Cria o laudo de enfermagem para emissão da AIH de parto normal. DOU de 22 de setembro de 1999.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

18. Brasil. Portaria nº 888 de 12 de junho de 1999. Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades – Modelo SUS. Brasília 1999.
19. Brasil. Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999. Dispõe sobre Criar o Centro de Parto Normal, no âmbito do SUS, para o atendimento a mulher no período gravídico-puerperal. Brasília 1999.
20. Brasil. Portaria nº. 1.406 de 16 de dezembro de 1999. Estabelece que os hospitais, sob coordenação estadual poderão ter diferentes limites para o parto cirúrgico, contemplando a complexidade de cada serviço obstétrico. Brasília, 2 de junho de 1999, seção 1: 22.
21. Brasil. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 6.
22. Brasil. Portaria nº 570 de 1 de junho de 2000. Institui o Componente I do PHPN - Incentivo à assistência pré-natal. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 8.
23. Brasil. Portaria nº 571 de 1 de junho de 2000. Institui o Componente II do PHPN – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 8.
24. Brasil. Portaria nº 572 de 1 de junho de 2000. Institui o Componente III do PHPN – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 9.
25. Brasil. Resolução. Câmara de Ensino Superior nº 3 de 5 de outubro de 1999. Brasília, 1999.
26. REHUNA. Rede pela Humanização do Parto. II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. XV Encontro de Gestação e Parto Natural Conscientes. Rio Centro: Rio de Janeiro. 2005.
27. Brasil. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2007. Acessado em 13/06/2009: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>.
28. World Health Organization. Part I - Health-related Millennium Development



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstétricos - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

29. Goals. Acessado em 13/06/2009: <http://www.who.int/research/en/>

30. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde 2005 – Para que todas as mães e crianças contem. Acessado em 13/06/2009: <http://www.who.int/research/en/>