



A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA SAÚDE DA MULHER BRASILEIRA

THE IMPORTANCE OF OBSTETRIC NURSING IN BRAZILIAN WOMAN'S HEALTH

Jadeyane Araújo Silva¹
Elisângela de Andrade Aoyama²

¹Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* jadeyanny.nogueira@gmail.com

²Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* eaa.facjk@gmail.com

Resumo: A atenção materno-infantil tem sido considerada uma área prioritária, principalmente no que diz respeito aos cuidados da saúde da mulher durante a gestação, que engloba: o pré-natal, o parto e o puerpério. Os enfermeiros obstetras realizam práticas cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis para assistência para a mulher enfrentar esse processo de forma mais natural possível. O objetivo dessa pesquisa é enfatizar a importância da enfermagem obstétrica na saúde da mulher brasileira. O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa, foram selecionados trabalhos publicados nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Revistas de enfermagem* e o Ministério da Saúde. Da pesquisa bibliográfica efetuada obteve um total 32 artigos publicados entre os anos de 2011 a 2019. Após leitura, selecionou-se 23 artigos. A assistência ao pré-natal é um marco inicial ao desfecho que procede ao parto, contudo a participação do enfermeiro obstetra é de suma importância na redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Conclui-se que a atuação do enfermeiro obstetra, tem amparo legal e ético, com real benefício à clientela.

Palavras-chave: Enfermeiro, enfermagem obstétrica e saúde da mulher.

Abstract: *Maternal and child care has been considered a priority area, especially regarding women's healthcare during pregnancy, which includes: prenatal, childbirth and the puerperium. Obstetric nurses perform careful practices, avoiding excesses and carefully using the technological resources available to assist women to face this process as naturally as possible. The objective of this research is to emphasize the importance of obstetric nursing in the health of Brazilian women. The present study was conducted through an integrative review. We selected papers published in Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Nursing Journals and Ministry of Health databases. From the*

bibliographical research, a total of 32 articles were published between 2011 and 2019. After reading, 23 articles were selected. Prenatal care is an initial milestone for the outcome that gives birth, but the participation of obstetric nurses is of paramount importance in reducing maternal and neonatal mortality rates. It is concluded that the performance of the obstetric nurse has legal and ethical support, with real benefit to the clientele.

Keywords: *Nurse, obstetric nursing and women's health.*

Introdução

No início dos anos 90, intensificaram-se as críticas em nossa sociedade ao modelo biomédico obstétrico. Essas críticas fundamentaram-se em seu autoritarismo, não respeitando o direito de escolha das mulheres sobre seu tipo de parto, gerando nos profissionais de saúde práticas obstétricas intervencionistas. Consequente a essas críticas surgiu o movimento de humanização do parto e do nascimento, que interligado com o movimento feminista, defende a transformação desse modelo de assistência [1].

Como impacto dessas políticas públicas, tivemos até o início do ano de 2000, o lançamento do Programa Nacional de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN), as enfermeiras obstétricas nessa época já assistiam cerca de 30 a 40% de todos os partos vaginais de baixo risco em suas maternidades [2].

Em 2011 as enfermeiras obstétricas se tornaram um dos pilares da Rede Cegonha, estabelecido pelo ministério da saúde (MS), e seu credenciamento pelos operadores de planos de saúde se tornou obrigatório em 2015 [3].

O Brasil configura como um dos países com altas taxas de mortalidade materna, perdendo apenas para a República Dominicana, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) investem em enfermeiras obstétricas no cuidado direto ao parto para combater esses índices e atender às recomendações das autoridades governamentais. Com isso, a enfermeira obstetra passou a ser reconhecida por reinventar relações menos



desiguais e agregar a um conhecimento desmedicalizado e sempre respeitando a fisiologia do parto [4].

A OMS considera que obstetrias são profissionais de saúde que, podem atender a cerca de 87% das necessidades de assistência obstétrica da população. A OMS e o Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA), com apoio de diversas outras entidades internacionais como a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), recomendam que os países incentivem a formação e qualificação das Obstetrias como uma estratégia para a melhoria da atenção à saúde das mulheres [5,6].

Os países com os melhores indicadores de assistência materno-infantil configuram-se com a menor taxa de cesarianas do mundo e eles tem algo em comum, a atuação qualificada das enfermeiras obstétricas. A assistência dessas profissionais está ligada ao aumento dos índices de parto normal em vários países [7].

Ao analisar as repercussões observadas na prática de uma atuação mais intervencionista em comparação com aquela aliada às tecnologias não invasivas de cuidado, procuramos contribuir com a proposta de consolidação da política nacional de humanização do parto e nascimento. Nesse sentido, foram definidos os objetivos: enfatizar a importância da enfermagem obstétrica na saúde da mulher brasileira, demonstrando que esse profissional é devidamente qualificado para tais procedimentos, e por fim demonstrar a satisfação da clientela que é atendida por este profissional.

Materiais e métodos

O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível [8].

Para a elaboração da revisão integrativa, no primeiro momento o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipótese a serem testadas então realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os dados obtidos nas coletas são analisados de maneira sistemática e finalmente interpretados, sintetizados e conclusões são formuladas originadas dos vários estudos incluídos na revisão integrativa [8].

Fez-se uma análise de uma lista de referências de artigos científicos e foram selecionados trabalhos

publicados nos últimos oito anos, nas bases de dados, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Revistas de enfermagem e o Ministério da Saúde, os quais foram escolhidos a partir da temática do trabalho.

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando-se as palavras chaves, que foram: Enfermeiro, enfermagem obstétrica, saúde da mulher.

Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente avaliados por meio da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, fez-se uma leitura na íntegra da publicação.

Da pesquisa bibliográfica efetuada obteve um total 32 artigos publicados entre os anos de 2011 a 2019. Após leitura, selecionou-se 23 artigos, iniciando leituras exaustivas dos textos, fazendo uma síntese de cada artigo e categorizando os em aspectos importantes.

Recursos e políticas para a mulher grávida no Brasil

A luta pelos direitos reprodutivos em nosso país recebeu atenção por meio da implantação de políticas públicas para a saúde das mulheres, expressadas através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual propunha o desenvolvimento de ações efetivas para a saúde feminina em todo o ciclo vital. Com uma abordagem ampla esse programa valorizou todas as fases da vida da mulher e não apenas o ciclo gravídico-puerperal, a integralidade e equidade das ações, e destacou a melhoria da atenção obstétrica [9].

Sobre esse avanço comenta que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição de mecanismos de controle social das políticas de saúde foram e são ferramentas fundamentais para que o movimento de mulheres politize os temas de saúde e dos direitos reprodutivos na agenda dos conselhos de saúde, ampliando o apoio da sociedade em sua defesa [10].

Nos últimos dois anos o MS e Agência Nacional de Saúde (ANS) lançam algumas normativas visando assegurar a assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Uma delas é o direito ao à informação das beneficiárias, aos percentuais de cirurgias cesárias e de partos normais (por operadoras, estabelecimentos de saúde ou por meio do médico) [11].

Também foi determinada a utilização do partograma (registro do desenvolvimento da gestação, como de contrações, batimentos cardíacos e dilatação), do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Estão incluídas a regulamentação do credenciamento obrigatório de enfermeiros obstétricos e obstetrias pelos planos de saúde suplementar, definição de que as cesarianas eletivas irão ocorrer somente após a idade gestacional de 39 semanas [10].

A principal política de atenção à mulher durante o período gravídico-puerperal e de atenção à criança do ministério da saúde é conhecida como Rede Cegonha,



instituída através da Portaria nº1459, de 24 de junho de 2011, que aponta para a necessidade de formação de enfermeiros obstetras [12].

A dependência da ação do profissional médico na atenção ao parto tem sido apontada como uma distorção importante no modelo de atenção à gestante no Brasil, cuja superação exige, entre outras ações, investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras e na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento [10].

Nos dias atuais no Brasil, o MS juntamente com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), lançou no ano de 2015 o Projeto Parto Adequado (PPP), que tem como objetivo reduzir as altas taxas de cesárea no país, o projeto até agora tem demonstrado atingir seus objetivos, os procedimentos realizados incluem um grande avanço na continuidade das ações de monitoramento da saúde da mulher, fortalecendo a realização do parto normal [13].

Na primeira fase o projeto PPA conseguiu em três anos evitar que 20 mil cesarianas fossem realizadas desnecessariamente em nosso país, na segunda fase conseguiu registrar um aumento de 8% nos partos vaginais. Os resultados só foram alcançados após a capacitação e implantação de 2.774 enfermeiras obstétricas e obstetras, que foram implantadas nos hospitais que fizeram parte do projeto [13,14].

Na prática o que é a obstetrícia e o porquê ela é importante

A especialização em enfermagem obstétrica (EO) oferece ao enfermeiro subsídios para trabalhar com a mulher durante concepção, pré-natal, parto, nascimento e pós-parto, tendo base à assistência baseada em evidência e nos princípios e necessidades do SUS, tendo como foco principal a mulher e a família, sempre respeitando a fisiologia no parto e o nascimento respeitando o empoderamento feminino em todo o seu processo [15].

A importância do EO se dá devido à vulnerabilidade social de muitas mulheres e crianças a algumas situações de risco, é comprovadamente que esse profissional é fator determinante para a redução dos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal por causas evitáveis, é responsável também pela redução significativa das taxas de cesáreas em nosso país [16].

A organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a organização Mundial de Saúde (OMS) relatam que todos os dias aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis, relacionadas à gestação e ao parto em todo o mundo. No Brasil, no ano de 2016, morreram 1.829 mulheres, isso significa que cinco mulheres morrem todos os dias devido a agravos durante a gravidez, partos ou puerpério (período de 42 dias pós-parto) [17].

E o papel dos EO nesse processo é promover uma atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada com atenção integral à saúde das mulheres e crianças. É

ator determinante porque esse profissional estará presente em todos os estágios da gestação. Já começa a atuar no período antes da concepção, em que a mulher e/ou casal deve realizar a avaliação pré-concepcional e preparo para uma gestação saudável. Posteriormente, o EO poderá atuar no pré-natal do início ao fim, podendo assistir a gestante e seus familiares em consultas individuais e em grupos educativos [18].

Há base legal para que o pré-natal de risco habitual seja assistido integralmente pelo EO ou intercalado com um médico dentro do contexto de trabalho em equipe. A abordagem multidisciplinar com profissionais como assistente social, demais integrantes da equipe de enfermagem, agente comunitário de saúde, fisioterapeuta, odontólogo e educador físico, favorece a integralidade da assistência à mulher. É ele quem irá realizar as avaliações materna e fetal baseadas em evidências e será o responsável por registrar a evolução do trabalho de parto (inclusive no partograma). Tudo isso ofertando métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de tranquilizar e fortalecer a mulher no período ativo do trabalho de parto e no nascimento [1,11].

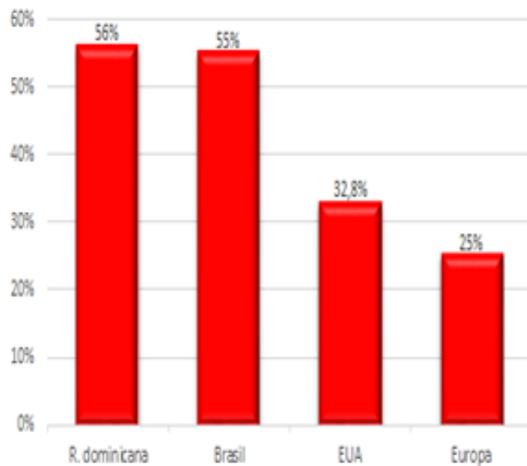
No parto, o enfermeiro obstetra tem habilidades técnicas integradas e interpessoais como: respeito ao outro, seus desejos, diferenças, empatia, escuta ativa, valorizando as dúvidas e as queixas. Todo esse conjunto pode ser considerado como uma assistência humanizada, o EO também está aberto ao trabalho em equipe, apoiando o trabalho das doulas e atuando em parceria com os demais profissionais de saúde, porém sempre defendendo o protagonismo da mulher e a fisiologia do nascimento [19].

As atribuições da EO são vistas pelos profissionais da saúde e por boa parte da clientela, que as enfermeiras obstetras são profissionais comprometidos e qualificados, que resgatam o parto normal proporcionando dignidade, segurança e autonomia [13].

Resultados

Todo ano no mundo nascem 140 milhões de crianças, e a maioria sem identificação de fatores de risco. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém, não existem evidências de que as cesáreas sejam minimamente benéficas, quando mulheres ou bebês não enfrentam problemas importantes. No Brasil, entretanto, a ordem natural está invertida. Em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. Segundo a OMS, o país detém a segunda maior taxa de cesáreas do planeta com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%. Para compreendermos melhor o exagero, a taxa de cesáreas na Europa é de 25% e nos EUA, 32,8% [20].

Gráfico 1: Taxas de partos normais e cesáreas no ano de 2016 [20].

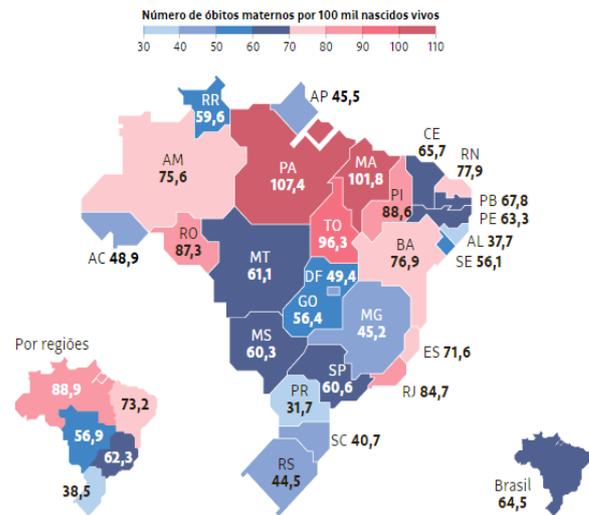


De acordo com o Gráfico 2 os estados com os piores índices de mortalidade materna no Brasil no ano de 2017 está o estado do Pará com 107,4, em seguida está o Maranhão com 101,8 e o estado do Tocantins com 96,3 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Os estados que ocupa o segundo lugar no ranking com as maiores taxas na mortalidade materna no país estão os estados do Piauí com 88,6, o Rondônia com 87,3 e o Rio de Janeiro com 84,7. E os estados que ocupam o terceiro ranking foram: Rio Grande do Norte com 77,9, Bahia 76,9, Amazonas 75,6, Espírito Santo 71,6, Paraíba 67,8, Ceará 65,7, Pernambuco 63,3, Mato Grosso 61,1, São Paulo 60,6 e Mato Grosso do Sul com 60,3 óbitos para cada 100 mil nascimentos [21].

E os estados que estão em quarto e quinto lugar no ranking são: Roraima 59,6, Goiás 56,4, Sergipe 56,1, Distrito Federal 49,4, Acre 48,9, Amapá 45,5, Minas Gerais 45,2, Rio Grande do Sul 44,5, e Santa Catarina com 40,7. E os estados com os menores índices de mortalidade materna no Brasil foram os estados de Alagoas 37,7 e Paraná com 31,7, mortes para cada 100 mil nascidos vivos. O mapa demonstra os índices por regiões, à região Norte encontra-se em primeiro lugar com 88,9, em seguida vem à região Nordeste com 73,2, após vem o Sudoeste com 62,3 e o Centro Oeste com 56,9. A região Sul encontra-se com o menor índice do país com 38,5 [21].

O mapa a esquerda demonstra o índice de todo o Brasil que está com 64,5 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Este valor está bem acima do que a Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde preconiza, que é 12 mortes para cada 100 mil nascidos vivos [21].

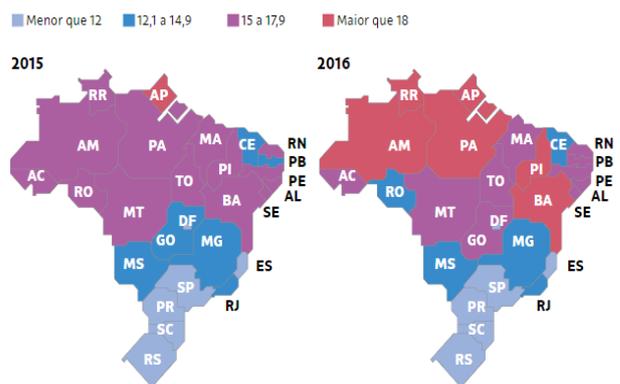
Gráfico 2: Mortalidade materna no ano de 2017 [21].



O Gráfico 3 demonstra a taxa de mortalidade na infância para cada 1000 nascimentos entre os anos de 2015 a 2016, a taxa de mortalidade na infância registrou piora, indo de 14,3 em 2015 para 14,9 por 1.000 nascidos vivos uma alta de 4,19%. Em 2017 esses valores ficaram consolidados em: 14,4. Os estados que diminuíram seu percentual em relação a 2015 foram: Rondônia e a Paraíba, que no ano de 2015 o índice era de 15 a 17,9 e em 2016 foram para 12,1 a 14,9. Os estados do Espírito Santo, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul permaneceram com a menor taxa do país, ficando com seu índice menor que 12 óbitos para cada mil nascimentos [22].

Juntos, Amapá, Amazonas, Bahia, Pará, Piauí e Roraima tiveram taxa de mortalidade média de 19,6 e aumento de 14,6% ante 2015 — equivalente a três vezes a alta nacional. Os únicos estados com redução de taxas em 2016 foram Rondônia, Acre, Rio Grande do Norte, Alagoas, Paraná, Santa Catarina e Distrito Federal [22].

Gráfico 3: Mortalidade de crianças de até 1 ano acada mil nascidas viva entre os estados nos anos de 2015 e 2016 [22].





A Tabela 1 refere-se as causas de mortalidade infantil nos anos de 2000 a 2016, de 0 a 6 dias (neonatal precoce), as cinco principais causas de morte foram as complicações neonatais no parto pré-termo (48% e 31%, respectivamente), anomalias congênicas (11% e 19%, respectivamente), encefalopatia neonatal devido à asfíxia e ao trauma no nascimento (19% e 20%, respectivamente), outros transtornos do período neonatal (10% e 18%, respectivamente) e sepse neonatal e outras infecções neonatais (9% e 9%, respectivamente). Essas cinco primeiras causas de morte totalizaram 98% dos óbitos infantis em 2000 e 97% em 2016 [23].

De 7 a 27 dias (neonatal tardio), as cinco principais causas de morte foram as complicações neonatais no parto pré-termo (26% e 19%, respectivamente), anomalias congênicas (18% e 25%, respectivamente), encefalopatia neonatal devido à asfíxia e ao trauma no nascimento (8% e 11%, respectivamente), outros transtornos do período neonatal (10% e 16%, respectivamente) e sepse neonatal e outras infecções neonatais (31% e 24%, respectivamente). As cinco primeiras causas de morte totalizaram 93% dos óbitos infantis em 2000 e 94% em 2016 [23].

De 28 a 364 dias (pós-neonatal), as cinco principais causas de morte foram as complicações neonatais no parto pré-termo (4% e 9%, respectivamente), anomalias congênicas (22% e 40%, respectivamente), encefalopatia neonatal devido à asfíxia e ao trauma no nascimento (3% e 4%, respectivamente), outros transtornos do período neonatal (2% e 5%, respectivamente) e sepse neonatal e outras infecções neonatais (4% e 6%, respectivamente). As cinco primeiras causas de morte totalizaram 35% dos óbitos infantis em 2000 e 64% em 2016 [23].

Tabela 1: Principais Causas de Mortalidade Infantil nos anos de 2000 a 2016 [23].

Causa CGBD	Percentual							
	0 a 6 dias		7 a 27 dias		28 a 364 dias		Menor de 1 ano	
	2000	2016	2000	2016	2000	2016	2000	2016
Complicações neonatais no parto pré termo	48,3%	31,2%	26,2%	19,4%	4,4%	8,6%	35,2%	25,0%
Anomalias Congenitas	10,7%	18,9%	17,9%	24,8%	22,1%	39,9%	14,3%	23,7%
Encefalopatia neonatal devido à asfíxia e ao trauma no nascimento	19,5%	19,8%	8,4%	10,6%	2,5%	4,5%	14,0%	15,3%
Outros transtornos do período neonatal	10,0%	17,6%	9,8%	16,1%	2,1%	4,6%	8,2%	15,0%
Sepse neonatal e outras infecções neonatais	9,3%	9,4%	30,7%	23,6%	4,1%	6,2%	11,4%	11,6%

Conclusão

Uma atenção de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, faz-se necessário, destacar que os enfermeiros obstétricos

desempenham papel fundamental, permitindo assim, resgatar o parto natural, conferindo segurança e autonomia. Além de oferecer um empoderamento feminino. Esses profissionais possuem um olhar holístico nos aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de gestar e parir, reduzindo o número de intervenções desnecessárias e evitando danos físicos e psicológicos. Contudo a atuação do enfermeiro, obstetra na saúde da mulher brasileira, tem amparo legal e ético, com real benefício à clientela.

Referências

- [1] Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades do Rio de Janeiro. *Esc Ana Nery*. 2017; 21(1):40-6.
- [2] Medeiros RMK, Rezende KV, Nicoline AB, Corrêa ACP, Martins DP. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(6):1091-8.
- [3] Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parabeniza enfermagem obstétrica. Brasília; 2018.
- [4] Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). OMS apoia designar 2020 o ano das enfermeiras obstetras e parteiras. Brasília; 2019.
- [5] United Nations Population Fund (UNFPA). Towards MDG 5: scaling up the capacity of midwives to reduce maternal mortality and morbidity: workshop report. New York. UNFPA; 2015.
- [6] World Health Organization (WHO). Statement on caesarean section rates. Geneva, 2016 Millennium development Goal 5: progress and challenges in reducing maternal deaths, Centre for Chronic Disease, College of Health and Biomedicine, Victoria University, PO Box 14428, Melbourne, VIC 8001 Australia, *Journal List, BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 PMC4784346
- [7] Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Baixo índice de registros e assistência são desafios para enfermagem obstétrica. Brasília; 2018.
- [8] Crossetti, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(2):8-9.
- [9] Oliveira AC, Xavier AVPS, Silva AL, Escorcio DSR, Rodrigues ES, Sousa GRS. As proporções do cuidado pré natal na consulta de enfermagem. *Ver UNINGÁ*. 2017; 54(1):176-84.
- [10] Mamede FV, Prudêncio OS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(esp):262-6.
- [11] Capeleto SM, Silvestre GCSB, Silva FV, Silva WKM, Castele LS. Avanços da enfermagem obstétrica e neonatal no cenário nacional. In: Anais do congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal. Campo Grande - MS; 2018.
- [12] Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 1.459 de 24 de julho de 2011. Brasília; 2011.



- [13] Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (BR). Fase 2 do projeto parto adequado registra aumento de 8% nos partos vaginais. *Notícia de Saúde*, 2018. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4389> acesso em: 27 ago. 2019.
- [14] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida. Brasília; 2017.
- [15] Jardim MJA, Fonseca LMB Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. *Rev Fundam Care Online Pesq.* 2019; 11(1):432-40.
- [16] Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) do Rio de Janeiro. Justiça reafirma legalidade da enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro; 2016.
- [17] Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha Informativa – Mortalidade materna; 2018.
- [18] Grupo de Trabalho da Enfermagem Obstétrica (GTEO). Relatório final. Fórum perinatal metropolitana I da secretária de estado de saúde do Rio de Janeiro; 2016.
- [19] Amaral RCS, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Silva LA, Marchiore GRS. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: Obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. *Esc Ana Nery.* 2019; 23(1):e20180218.
- [20] World Health Organization (WHO). Recommendations Intrapartum care for a positive childberth experience. Geneva; 2018.
- [21] Folha de São Paulo (BR). Estado de São Paulo registra recorde histórico de mortalidade maternal [citado em 2019 set. 04]. 32ª ed. São Paulo e Brasília; 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/06/estado-de-sp-registra-recorde-historico-de-mortalidade-materna.shtml>
- [22] O Estado (BR). Mortalidade infantil cresce no Brasil e Piauí tem uma das situações mais graves [citado em 2019 ago. 30]. Teresina-PI, 2018. Disponível em: <https://beta.portaloestado.com.br/noticias/noticias/mortalidade-infantil-cresce-no-brasil-e-piaui-tem-uma-das-situacoes-mais-graves-4489.html>
- [23] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília; 2019.