

O processo de humanização do parto: estado do conhecimento atual

The process of humanizing childbirth: current state of knowledge
El proceso de humanización del parto: estado actual del conocimiento

RESUMO

O parto humanizado integra um agrupamento de medidas desde o pré-natal até o pós-parto, que visam tornar a mulher protagonista desse momento, como também, proporcionar ao binômio mãe-filho um grau elevado de satisfação, autonomia e segurança. Estudos sobre o parto humanizado refletem desconhecimento da gestante acerca de seus direitos, portanto essa revisão se torna necessária. Foram realizadas buscas de artigos nas bases Scielo e BVSMS, utilizando os descritores das perspectivas do parto humanizado e direitos da gestante, sendo identificados 109 estudos, dos quais foram incluídos 14 artigos completos. Dentre esses, o enfoque eram os direitos relacionados ao parto humanizado em 3, o cuidado assistencial no parto humanizado em 4, o papel da enfermagem diante o processo de humanizar o parto em 3. Enquanto, os demais abordavam temáticas correspondentes aos métodos não farmacológicos, medicalização e assistência por doulas. Observa-se que há poucos estudos acerca do tema, pois, em geral, são fragmentados em temáticas relacionadas ao parto humanizado. Espera-se que os presentes achados sejam, de forma integral, úteis ao embasamento dessa temática e contribuam com discussões e intervenções futuras.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Direitos da Gestante.

ABSTRACT

Humanized childbirth consists of a range of measures, from prenatal to postpartum care, which are aimed to support women as well as to prioritize their role in this crucial moment. Moreover, it aims to enhance satisfaction, autonomy and safety of both the mother and the child. Studies on humanized childbirth reflect pregnant women's lack of knowledge about their rights, therefore this review is necessary. Consequently, a conclusive search for articles has been carried out in the Scielo and BVSMS databases while using descriptors related to the perspectives of humanized birth and pregnant women's rights. Of all the studies, a total of 109 were identified, among which 14 completed articles were included in the analysis. Among these, three articles centered around rights related to humanized birth, four dealt with assistance care in humanized childbirth, while a further three focused on the role of nursing in the process of such births. Meanwhile, the remaining articles addressed topics such as non-

AUTORES

Thaiana Pereira Batista

Acadêmica pela Faculdade de Medicina de Itajubá, FMIT, MG.
ORCID: 0009-0001-7301-5372.
E-mail: thaianabatista17@gmail.com

Marina Resende Diniz

Acadêmica pela Faculdade de Medicina de Itajubá, FMIT, MG.
ORCID: 0009-0003-5139-3385.
2410-9640

Roger William Moraes Mendes

Professor e Orientador da Faculdade de Medicina de Itajubá, FMIT, MG.
ORCID: 0000-0002-8225-3321

pharmacological methods, medicalization and assistance by doulas. More importantly, it was found that a number of studies on this topic were further fragmented into other facets related humanized birth. It is hoped that the findings presented in this paper will prove to be useful in fostering this field of study and, subsequently, contribute to future discussions and interventions.

Key words: Humanized Childbirth; Pregnant woman's rights.

INTRODUÇÃO

História do Parto

O Parto e o Trabalho de Parto são processos fisiológicos que concedem uma experiência individual às gestantes e seus familiares.¹ Sendo demarcado por transformações fisiológicas e emocionais, que podem cursar com ansiedade, dúvidas e preocupações.²

Historicamente, o nascimento era um evento natural, íntimo, fisiológico e privado partilhado entre as gestantes e suas famílias¹. Visto que as mulheres, em geral, tinham seus filhos em casa com o auxílio de uma parteira.¹

Embora, o panorama permaneceria assim até a invenção do fórceps na década de 1630, por Peter Chamberlen, sendo o primeiro artefato à instrumentalização³. A medicalização foi, então, uma disputa maior que três séculos entre praticantes de diversas modalidades; já que parteiras, barbeiros, cirurgiões e médicos disputavam sua legitimidade. Mas, o processo era decidido por médicos, conforme as normas de cada país³.

No entanto, após o século XIX, houve mudança radical devido à tecnificação da medicina, o que fez a gestante passar a ocupar lugar de subordinação em relação aos profissionais da saúde⁴. E, na década de 1980, incluía diferentes intervenções, como tricotomia, enema, ruptura artificial de membranas, episiotomia e restrições (deambulação, alimentação e posições). Portanto, tratando o evento como patológico e retirando a individualidade e autonomia materna no processo.¹

Direitos da Gestante e Humanização do Parto

Anteriormente às tecnologias médicas, a higiene inadequada e o despreparo de parteiras contribuíam à alta morbimortalidade de gestantes e seus bebês.⁴

Ressalta-se o direito da gestante em participar da assistência obstétrica, considerando o parto um processo natural, que pode se complicar e, então, exigir intervenção.⁵

Dentre os direitos estão inclusos: ingestão de líquidos no parto, respeito à privacidade, escolha de acompanhante, liberdade de movimento e posição, contato pele a pele imediato. E práticas nocivas precisam ser eliminadas, tais como: uso sistemático de enemas, tricotomia, pelvimetria e posição de litotomia.⁵

Tal cuidado tem como referencial a Organização Mundial de Saúde (OMS) que afirma que “Todas mulheres têm direito a receber o mais alto nível de saúde, incluindo o direito a cuidados dignos e respeitosos na gravidez e parto, e o direito de não sofrer violência ou discriminação”⁵.

Programas e Políticas diante ao Parto Humanizado

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Humanização do Pré- Natal, em que o enfoque no usuário deve ser sustentado em tecnologias leves, cuja atenção se volte à saúde, envolvendo vínculo, acolhimento e responsabilização⁶.

E, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização a fim de transformar o SUS, valorizando os diferentes sujeitos implicados na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores⁴.

A Humanização da Assistência ao Parto, então, é vista como uma das faces da PNH que garante à mulher respeito, em um momento no qual precisa de atenção e cuidado, como também, a família e o bebê. E as intervenções médicas devem apenas favorecer o parto⁴.

Portanto, a compreensão diante ao processo de humanização do parto é relevante, visto que permite a garantia de tais direitos das gestantes, uma vez que conhecido por essas mulheres, seus familiares e os profissionais de saúde envolvidos.⁴

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo compreender o processo de humanização do parto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura apropriada para discutir determinado assunto. Sendo constituído por análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável à reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas. Visto que é uma análise bibliográfica sobre as perspectivas da gestante diante ao parto humanizado, foram

recuperados artigos indexados nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online, 1997) e BVSMS (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2001), no mês de junho de 2023, tendo como referência os últimos 25 anos. Foram empregados descritores parto humanizado e direitos das gestantes, isolados, sem delimitar um intervalo temporal. O critério utilizado para inclusão era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou explícitas no resumo. Os artigos excluídos não possuíam o critério de inclusão estabelecido e/ou não se correlacionaram, diretamente, ao descritor utilizado.

Após recuperadas as informações-alvo, foi conduzida a leitura inicial dos títulos e resumos, sem que houvesse a exclusão de publicações. Posteriormente, foi realizada a leitura completa dos textos. A análise, buscou a fundamentação teórica dos estudos, como também, a observação das características gerais desses e seus objetivos. Finalmente, foi feita a apreciação da metodologia, resultados e discussão correlacionados. Especificamente, à análise da produção científica identificada, não se utilizaram técnicas qualitativas ou quantitativas específicas aos dados, tendo sido analisados todos os textos.

RESULTADOS

A pesquisa dos materiais que compuseram esse trabalho contemplou 109 estudos correlacionados à humanização do parto nas bases de dados supracitadas, das quais 14 artigos foram incluídos nesta revisão. Dentre os estudos, 4 apresentam estudo transversal e o restante (10) são de abordagem teórica. Observou-se a prevalência da língua portuguesa, integrando 78,6%, quando comparada à língua espanhola (21,4%).

A Tabela 1 evidencia as particularidades dos estudos selecionados. Assim, nota-se o predomínio de abordagens diante da assistência, direitos e cuidados da enfermagem diante ao processo de parto humanizado.

Tabela 1 – Enfoque dos estudos dos artigos sobre o parto humanizado.

Enfoque dos estudos	Número de publicações
Direitos da mulher	3
Cuidado assistencial no parto humanizado	4
Assistência da enfermagem	3
Métodos não farmacológicos utilizados	1
História e políticas à medicalização do parto	1
Doulas à assistência	1
Informações às gestantes	1

Durante o estudo, não foram obtidos relatos de casos que abordassem tais temáticas. O que, provavelmente, reflete a escassez de estudos, na prática, sobre o parto humanizado, sua assistência e implicações.

DISCUSSÕES

O parto é um momento crítico de transição caracterizado por tensão, dúvidas, angústias e/ou curiosidades. Portanto deve ter o acompanhamento de profissionais capacitados, sendo a presença de um pediatra prevista em lei.^{6,7} E quanto mais humanizado for esse processo, mais vantajoso acaba sendo à parturiente, havendo diversos benefícios como segurança, autoestima e satisfação do binômio mãe e filho.⁸

Conforme Leão e Bastos (2001), as atividades de suporte no parto podem ser classificadas em categorias: suporte emocional, ou seja, encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; medidas de conforto físico, como massagens e compressas frias; suporte de informação através de orientações, instruções e conselhos; e defesa ao interpretar os desejos da gestante e a ações em favor da mesma.⁴

O acompanhamento em todas as fases do parto, por exemplo, pode reduzir o tempo do trabalho de parto, a necessidade de analgesia, como também, aumentar os partos vaginais espontâneos e reduzir as cesáreas.⁵ E a equipe multiprofissional deve assegurar a atenção com respeito e dignidade.⁶

Deve-se priorizar que na assistência haja: escuta atenta; cuidado à autonomia da gestante; acolhimento, vínculo e responsabilização; análise aos aspectos psíquicos e sociais das gestantes; valorização ao acompanhante; acesso às informações; consideração à capacidade de

autocuidado.⁸ Para isso, é essencial reconhecer diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas da gestante.²

Ademais, caso não haja complicações, o parto domiciliar pode ocorrer, se for o desejo da gestante. Porém, deve haver uma equipe profissional adequada e habilitada ao acompanhamento, com equipe médica e de enfermagem presentes.⁶

A ingestão de líquidos e alimentos no parto é recomendada, em gestantes com baixo risco. E recomenda-se estimular a mobilidade, postura ereta e adoção de posição de escolha.⁵ Ademais, deve-se realizar precocemente contato pele-a-pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto.¹

Como também, há importância na viabilização do Método Canguru utilizado para que os bebês prematuros tenham contato pele a pele. Assim, o bebê utiliza o mínimo de roupa junto ao corpo da mãe ou do cuidador, na posição vertical. A fim de sentir maior segurança e proteção, gastar menos energia para se manter aquecido, aprender mais rápido a amamentar no peito, receber alta previamente e fortalecer o vínculo afetivo.⁶

E a dor deve ser aliviada, pois pode acarretar prejuízos físicos e psicológicos à mãe e ao bebê. Assim, recursos não farmacológicos, tais como: atenção contínua, mobilidade, estímulo à deambulação, exercícios respiratórios, uso de bola e banco obstétricos, banho de aspersão com água morna e exercícios perineais devem ser incentivadas; e os recursos farmacológicos, se necessário, como a analgesia, se desejada.²

Enquanto o bem-estar da gestante ao nascimento depende de várias questões como: ambiente, acompanhante, equipe, angústia e/ou intercorrências. Assim, o ambiente deve dispor, essencialmente, de: cama, banquinhos obstétricos ou cadeira, poltrona, bola, banheiro anexo, local para a gestante ficar em todos os momentos do parto.⁶ E é fundamental a observação cuidadosa, principalmente na primeira hora pós-parto, a fim de prevenir complicações, tais como hemorragias.⁶

À integralidade do cuidado, há a estratégia da Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011, a fim de assegurar à mulher o planejamento reprodutivo e a humanização da atenção à gravidez, parto e puerpério.⁹

Enquanto a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade, onde receberá assistência no âmbito do SUS. E a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.⁹

Como também, a Portaria nº 569/GM/MS, de 1º de junho de 2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. E a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes à organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.⁹

E mediante às responsabilidades dos gestores estão inseridas: ampliação da cobertura e qualificação das equipes de Saúde da Família; vínculo das gestantes ao local do parto; ampliação da quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários; ampliação de Bancos de Leite Humano; melhora nas unidades de emergência neonatal e obstétrica; garantia de medicamentos que possam ser necessários; classificação de risco; qualificação do atendimento nas maternidades; capacitação das equipes de saúde envolvidas; aprimoramento dos sistemas de informação sobre mortalidade de crianças e diante aos bebês que nascidos vivos; fóruns perinatais com a sociedade à discussão de temáticas correlacionadas à saúde materna e infantil; ampliação de Hospitais Amigos da Criança e ampliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.⁶

Contudo, no Brasil, a assistência ao parto ainda é caracterizada por alto índice de intervenções.⁴ Sendo cerca de 50% dos partos cesarianas, embora a OMS estabeleça que apenas 15% desses necessitam ser operatórios. E a gestante deve ser informada diante aos motivos que a impedem de optar pelo parto normal, visto que esse é a forma mais segura e saudável, portanto deve ser estimulado diante à assistência humanizada.^{6,10}

E, diante aos procedimentos necessários, alguns atos médicos estão relacionados à prática inadequada como a violência obstétrica, a qual se correlaciona a ato exercido por profissional da saúde expresso através de atenção desumanizada, abuso de intervenções e/ou medicalização, e transformação patológica da parturição fisiológica.^{4,11}

Com isso, a Iniciativa Internacional do Parto aborda a relevância rumo à realização do potencial de saúde e bem-estar, em consonância à Agenda 2030 ao Desenvolvimento Sustentável.⁵ Para isso, o papel ativo da gestante demanda promover o parto humanizado

independente da via de parto escolhida, educação no pré-natal, partilha de experiências, respeito às decisões da mulher, promoção da presença de acompanhante e estímulo à formação contínua de profissionais da saúde.^{4,11}

Com isso, a saúde reprodutiva centrada na mulher enquadra-se na abordagem dos direitos humanos das mulheres. Sendo os principais objetivos: a promoção de práticas com base em evidências, a assistência como processo fisiológico e a participação ativa das gestantes, para que se tornem e se sintam como protagonistas.^{5,12}

A qualidade da assistência é, particularmente, relevante quando se trata de analisar a experiência do parto e nascimento em suas diferentes dimensões. E possui, essencialmente, três componentes: o componente clínico se correlaciona à adesão e cumprimento das diretrizes clínicas ou protocolos; o componente interpessoal exprime-se em cuidados centrados nos indivíduos conforme suas preferências, necessidades e valores individuais; e o componente contexto está relacionado ao atendimento oportuno, eficiente e equitativo.^{5,12}

Todavia, a prestação de cuidados e serviços pelas equipes de saúde são dependentes dos conhecimentos acerca dos processos tanto fisiológicos quanto emocionais, bem como, da observação de desvios à normalidade e do cuidado integral e individualizado às pacientes. Desse modo, é fundamental incrementar a prática baseada na evidência, a fim da promoção do papel ativo da gestante. Mas, os atendimentos do pré-natal, por exemplo, são relativamente breves, assim, não contemplam todas as informações necessárias às gestantes, que tendem recorrer a outras fontes de informação nem sempre seguras e fidedignas.^{1,13}

Além disso, as características intrínsecas dos profissionais de saúde tendem a influenciar, de forma positiva ou negativa, conforme as informações transmitidas. Por exemplo, diante à forma de comunicação, empatia, perspectivas e/ou falta de conhecimento. Mas, as gestantes se sentem seguras diante à equipe de saúde e prestação de cuidados, o que demanda constante atualização e uma padronização à abordagem integral.^{1,2}

O encorajamento e a confiança transmitidos por uma equipe compreensiva pode ter influência marcante na redução da tensão emocional, principalmente quando se dá à mulher oportunidade de discutir seus sentimentos e realizar indagações.⁴

E a ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais. Portanto, a humanização exige o compromisso com a

ambiência diante à: construção de espaço que vise à confortabilidade, produção de subjetividades, e que possa ser utilizado como ferramenta facilitadora.^{4,13}

E observa-se cenários contrários ao parto humanizado, tais como o desencorajamento ao parto normal e a escassez de conhecimento de métodos não medicamentosos, demonstrando a lacuna no treinamento e conhecimento de profissionais de saúde⁴. Como também, a resistência de profissionais de saúde em assegurar a presença de acompanhante e a burocratização ao acolhimento^{8,14}.

Contudo, a OMS exige que haja ações para prevenir e erradicar situações de assistência inadequada que demandam maior apoio governamental, programas para a melhor qualidade de assistência, potencialização aos direitos das gestantes, atenção digna e respeitosa às mulheres, responsabilização dos sistemas e/ou profissionais e capacitação contínua dos profissionais⁵. Logo, faz-se necessário incorporar tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, tais como o acolhimento e o vínculo^{10, 11, 12}.

E, especialmente, investimento educacional, pois as gestantes podem, ao desconhecerem seus direitos garantidos em lei, tornarem-se reféns ou vítimas do sistema público de saúde. E tal educação em saúde deve ser responsabilidade dos profissionais em associação aos gestores à qualidade da assistência às mulheres^{9, 13}.

Outro aspecto relevante é a criação de documento onde possam ser registradas os desejos da gestante. Visto que há mulheres que relatam experiências satisfatórias, mesmo que sejam realizados procedimentos que não constavam em seu plano de parto, mas que foram explicados com clareza, fazendo com que se sentisse respeitada e com papel ativo em seu processo de cuidado^{1, 14}.

Contudo, tais temáticas ainda são pouco abordadas, por exemplo, resultando na impossibilidade de quantificar os conhecimentos das gestantes e verificar as demandas desse processo⁹. Posto isto, emerge a relevância de abordar e instituir a “humanização do parto”¹.

CONCLUSÃO

Ver a assistência correlacionada ao parto como experiência positiva implica, então, além da assistência por pessoal com habilidades técnicas e práticas clínicas fundamentadas em evidências, colocar a mulher como sujeito essencial às decisões.

Contudo, ainda há diversos obstáculos à humanização do parto, como a fraca comunicação dentre os profissionais, a baixa capacitação e a prática de modelo assistencial não sistematizado, conseqüentemente, a falha na transmissão de conhecimentos à gestante. Portanto, é fundamental que tais temáticas sejam abordadas integralmente.

Portanto, demanda maior apoio governamental às pesquisas e ações sobre o tema, elaboração de programas à qualidade da atenção, fortalecimento dos direitos das gestantes, responsabilização dos sistemas de saúde e capacitação dos profissionais envolvidos.

Com isso, acredita-se que o presente estudo possa contribuir ao avanço das discussões acerca da humanização do parto. E, ressalta-se, que apesar dos substantivos avanços na legislação e na literatura, é identificada pouca mudança nesse cenário. Sendo assim, considera-se relevante estudo mais aprofundado desta temática com vistas ao aprimoramento da assistência ao binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

1. Costa SF. Intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e parto [mestrado]. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2297/1/relat%c3%b3rio%20obten%c3%a7%c3%a3o%20grau%20mestre%20SARA%20COSTA1.pdf>
2. Balsells MM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto: desenvolvimento de cartilha educativa [mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Centro de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39406/1/2018_dis_mmdbalsells.pdf
3. Sala VV. “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. Sex., Salud Soc. 2020; 34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/8dTQGdvHnBMN8S5MYmnBwFP/?lang=es>
4. Silva LC, Cunha EF, Kappler SR. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. Psic. Rev. 2018;27(2):357-76. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/34156/27259>
5. Troncoso-Espinoza PV, Figueroa-Lassalle CF. Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(2):137-144. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262022000200137&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. São Paulo; 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/2351/file/Guia_dos_Direitos_da_Gestante_e_do_Bebe.pdf
7. Lessa R, Rosa AH. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. R. pesq.:cuid. fundam. 2010;2(3):1105-10. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/631/pdf_49
8. Albuquerque RA, Jorge MS, Franco TB, Quinderé PH. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. Interface– Comunic., Saúde, Educ. 2011;15(38):677-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Yv8MvznNVZ5j8nVSzQjGX5K/abstract/?lang=pt>

9. Gouveia GS, Lessa GM. Conhecimento da gestante e direitos assegurados pela redecegonha: contribuição gestora. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2019;43(1):138-151. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3221/2633>
10. Santana DP, Moreira RS, Mueller PS, Moura KM, Pinheiro MD, Oliveira FF, et al. O papel do enfermeiro no parto humanizado: a visão das parturientes. *Rev. Nursing*. 2023;26(296):9312-18. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2995/3606>
11. Lima CD. Acolhimento humanizado às gestantes de uma maternidade de referência no município de Caruaru-PE [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2012. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012lima-cdo.pdf>
12. Vanegas DP, Gómez SM, Villamil MM, León DC. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. *Rev. Cuid.* 2020;11(2). Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1005/1510>
13. Araújo EA. Informação, sociedade e cidadania: gestão da informação no contexto de organizações não-governamentais (ONGs) brasileiras. *Ci. Inf.* 1999;29(2):155-67. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ci/a/hBLTc6jXX6s3C4QDtnjGXG/?format=pdf&lang=pt>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. São Paulo; 2010. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses-17209/ses-17209-1606.pdf>