

PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

PROFILE OF MATERNAL MOTALITY IN A HEALTH REGION OF PARANÁ

PERFIL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN UNA REGIÓN DE SALUD DEL PARANÁ

^aCaroline Taimara Sambugaro¹; Marilucia Palavicini²; Leocádia Orsato Brufati Fagundes³; Cleunir de Fátima Candido De Bortoli⁴

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil dos óbitos maternos ocorridos 7^a região de saúde do estado do Paraná, durante o período de 2012 a 2019. Método: estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa. Utilizou-se dados de domínio público, coletados através da página do DATASUS. Resultados: no período, ocorreram 17 óbitos maternos, as maiores taxas foram em mulheres solteiras e com escolaridade entre 08 a 11 anos. A idade ente 20 a 29 anos e de raça/cor branca, correspondem a maioria dos óbitos. Prevaecem as causas, por outras doenças e afecções complicadas pela gravidez e hemorragias. Conclusão: o enfermeiro possui papel importante na redução da morte materna, pois é o profissional que possui maior contato com a mulher nos serviços de saúde. Através da assistência qualificada desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, são iniciativas a serem exploradas na prevenção do óbito materno.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Morte materna; Cuidado pré-natal; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to characterize the profile of maternal deaths that occurred in the 7th health region of the state of Paraná, from 2012 to 2019. Method: retrospective, descriptive study with a quantitative approach. Public domain data collected through the DATASUS page was used. Results: in the period, there were 17 maternal deaths, the highest rates were in single women and with schooling between 08 and 11 years. The age between 20 and 29 years and of white race/color correspond to the majority of deaths. Causes of other diseases and conditions complicated by pregnancy and hemorrhages prevail. Conclusion: nurses paper an important role in reducing maternal death, as they are the professionals who have the most contact with women in health

^a ¹Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, do Centro Universitário de Pato Branco – UNIDEP. <https://orcid.org/0000-0002-7000-6497>

² Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, do UNIDEP (<https://orcid.org/0000-0001-8225-9144>). E-mail: maripalavicini@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Ciência e Tecnologia de Alimentos. Professora do Centro Universitário de Pato Branco – UNIDEP. (<https://orcid.org/0000-0002-5553-7708>). E-mail: leocadia.fagundes@unidep.edu.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Pato Branco – UNIDEP. (<https://orcid.org/0000-0002-1266-5267>). E-mail: cleunir.bortoli@unidep.edu.br.

services. Through qualified assistance from reproductive planning to the puerperium, these are initiatives to be explored in the prevention of maternal death.

Keywords: Women's health; Maternal death; Prenatal care; Nursing care.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. É definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada à gravidez, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.¹

No Brasil, o risco de morte materna por causas obstétricas diretas foi aproximadamente o dobro do risco de morte por causas obstétricas indiretas no ano de 2012. No mesmo ano, as causas diretas mais frequentes das mortes maternas foram hipertensão arterial, hemorragia e infecção puerperal. Entre as causas de morte obstétricas indiretas, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, parto ou puerpério.²

Entre as políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil, algumas iniciativas voltadas a atenção Pré-natal, possuem maior relevância neste contexto. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) se caracteriza como um marco principal, instituído no ano 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), apresentou uma proposta de ações mínimas voltadas a assistência pré-natal. Entre essas ações estavam elencadas um número mínimo de consultas de pré-natal, a realização de exames preconizados e a imunização da gestante, assim como, a realização da consulta puerperal.³

Neste contexto de atenção, no ano de 2012, o MS publicou a Rede Cegonha, em uma perspectiva de rede de cuidados assegurando o direito ao planejamento reprodutivo às mulheres, assim como a humanização da assistência na gravidez, no parto e puerpério.

Contemplando também a saúde da criança, garantindo o direito do nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.⁴

Mesmo diante das políticas públicas brasileiras, voltadas para a assistência durante o pré-natal, a mortalidade materna no Brasil ainda persiste como importante problema de saúde e social. No cenário nacional, ainda existem muitas iniquidades, representada por um panorama de óbitos maternos, que resultam das condições de vida desfavoráveis, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, ao cuidado de qualidade e às informações.⁵

Segundo o MS, os números indicam que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no ano de 2018 teve uma redução de 8,4 %, registrando 59,1 óbitos maternos por 100.000 nascido vivo (NV). Dentre as regiões com maior redução, estão as regiões norte, nordeste e sudeste. No estado do Paraná, no ano de 2012 teve uma RMM de 38,4/100.000 NV, com aumento significativo no ano de 2015 com RMM de 51,7/100.000 NV, porém com redução novamente a partir do ano seguinte, chegando à mesma RMM em 2018, de 38,4/100.000 NV.⁶

Em uma iniciativa global das Nações Unidas, conhecida como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Brasil foi convocado para um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Uma das metas é reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Para o Brasil, ficou uma meta de redução para 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Dessa forma, todos os estados têm investido em ações de enfrentamento da mortalidade materna e de fortalecimento da atenção à saúde materno-infantil.⁶

Diante deste contexto, conhecer o perfil dos óbitos maternos é fundamental para formulação de estratégias que permitam a qualificação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, contribuindo para a melhora deste indicador. Para tanto, o estudo teve por objetivo caracterizar o perfil dos óbitos maternos ocorridos 7ª região de saúde do estado do Paraná, durante o período de 2012 a 2019. 2020.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se por uma pesquisa retrospectiva, descritiva, de abordagem quantitativa. O local pesquisado foi a região sudoeste do estado do Paraná,

área de abrangência da 7ª regional de saúde, cuja sede está situada no município de Pato Branco – PR. A região contempla 15 municípios, sendo eles Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara D' Oeste, Mangueirinha, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina, Vitorino.

A coleta dos dados ocorreu através da página do Ministério da Saúde, denominada de análise em saúde e Vigilância das doenças não transmissíveis, disponível no endereço eletrônico: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/> e pelo departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), disponível no endereço eletrônico <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>, utilizando-se dos dados de domínio público. A coleta dos dados ocorreu no mês de outubro de 2021, levantando dados referentes ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2019. As variáveis pesquisadas foram faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, causa de óbito. A base de dados disponibilizada na internet como parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS.

A constituição da amostragem do estudo, foi o universo de óbitos maternos ocorridos na região, durante o período pesquisado. Os dados coletados foram apresentados em tabelas e posteriormente analisados de forma descritiva, pela frequência simples.

O estudo respeitou os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, por utilizar-se de dados de domínio público, dispensou o registro e a apreciação pelo sistema CEP/CONEP, em consonância com a resolução Nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.⁷

RESULTADOS

Os resultados do estudo revelam os óbitos maternos ocorridos no período janeiro de 2012 a dezembro de 2019, na abrangência da 7ª Regional de Saúde. Neste período foram registrados e analisado 17 óbitos materno na região.

Nas tabelas abaixo segue a categorização dos dados, quanto a RMM e número absoluto de óbitos por ano pesquisado; perfil socioeconômico (faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil) e as causas de óbitos segundo a 10ª Classificação de Doenças (CID 10).⁸

Tabela 01 – Distribuição dos óbitos maternos na 7ª regional de saúde do estado do Paraná.

Ano	NV*	Óbito materno	RMM**
2012	3.880	1	25,77
2013	3.930	2	50,89
2014	4.111	0	0
2015	4.163	1	24,02
2016	4.173	5	119,81
2017	4.043	3	74,2
2018	4.112	4	97,27
2019	4.198	1	23,82

Fonte: DATASUS

Nota: * Nascidos vivos (NV); ** Razão de Mortalidade Materna (RMM);

Comparando os dados de Mortalidade Materna apresentados na tabela 01, nota-se que no ano de 2014 não teve registro de óbito materno. Por outro lado, em 2016 foi o ano com maior número de óbitos maternos, notificados na região de abrangência da 7ª regional de saúde, totalizando um número absoluto de cinco óbitos, correspondente a uma RMM de 119,81/100.000NV.

Tabela 02 – Aspectos sociodemográfico dos óbitos maternos de mulheres residentes na 7ª Regional de Saúde do Paraná, Brasil, 2012 a 2019.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ÓBITOS MATERNOS

	Variável	N	%
FAIXA ETÁRIA	15-19 anos	03	17,64
	20-29 anos	08	47,05
	30-39 anos	06	35,29
RAÇA/COR	Branca	08	47,05
	Preta	02	11,76
	Parda	06	35,29
	Indígena	01	5,88
ESCOLARIDADE	1-3 anos	01	5,88
	4-7 anos	04	23,52
	8-11 anos	09	52,94
	12 anos ou mais	02	11,76
	Ignorado	01	5,88
ESTADO CIVIL	Solteira	09	52,94
	Casada	02	11,76
	Viúva	0	0
	Separada	0	0
	Outros/ Ignorado	06	35,29

Fonte: DATASUS

As mortes maternas com referência na tabela 02, aconteceram em maior número em mulheres de raça branca, cuja escolaridade entre 8 a 11 anos e estado civil solteira.

Tabela 03 – Distribuição da causa dos óbitos de mulheres residentes na 7ª Regional de Saúde do Paraná, Brasil, 2012 a 2019.

Categoria CID	Causa do óbito	N	%
- 10			
CID 10 O72	Hemorragia	02	11,76
CID 10 O 11	Hipertensão já existente	01	5,88
CID 10 O 15	Eclampsia	01	5,88
CID 10 O 14	Hipertensão gestacional	01	5,88
CID 10 O86	Infecção puerperal	01	5,88
CID 10 O99	Outras <i>doenças</i> e <i>afecções</i>	09	58,82
	especificadas complicando a <i>gravidez</i>		
CID O41	Outros transtornos das membranas e líquido amniótico	01	5,88
CID 10 O26	Causas não especificadas	01	5,88

Fonte: DATASUS

As causas de óbitos mais frequentes foram por doenças e infecções especificadas complicadas pela gravidez (CID 10 O99), seguido da hipertensão sendo a segunda maior causa e a hemorragia como a terceira causa mais frequente.

DISCUSSÃO

No ano 2.000, o Brasil comprometeu-se a participar do Objetivo de desenvolvimento do milênio (ODM), onde foram declaradas diferentes metas, dentro destas destacamos a redução da taxa de mortalidade materna. Para o Brasil conquistar esta meta, estimava-se uma redução de 75% dos óbitos maternos até o ano de 2015.⁹

Segundo o proposto pelo ODM, ao final do ano de 2015 não foi possível atingir a meta esperada e neste mesmo ano, a Organização das Nações Unidas, lançou os 17 objetivos, que passou a denominar então de Objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS). A partir do objetivo Boa Saúde e Bem-estar, possui como meta a redução da taxa de mortalidade materna, para 30 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. Para atingir a meta proposta, o Brasil juntamente com os municípios, terão que aperfeiçoar os cuidados no pré-natal, facilitando para que as mulheres tenham acesso a atenção especializada, durante o tempo da gestação e fora dela, também acesso a medicações, vacinas e qualquer recurso para promover seu bem estar.³

Analisando os resultados do estudo, o período analisado entre os anos de 2012 e 2019, apresentaram um total de 32.610 nascidos vivos, e notificados e investigados um total de 17 óbitos maternos, de mulheres residentes nos municípios de abrangência da 7ª regional de saúde. Comparando os achados deste estudo com a realidade estadual, no Paraná, identificou-se que as mulheres de baixa renda e de pouca escolaridade, principalmente as mulheres da periferia dos centros urbanos, possuem menos acesso à informação e menor conhecimento sobre a saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva, tornando o nível de escolaridade um dos fatores responsáveis pelos números ainda elevados de mortes maternas.¹⁰

Observa-se que no ano de 2014 não ocorreram óbitos, relaciona-se estes achados possivelmente as ações da Rede Cegonha, implantada pela Portaria Nº 1459, de 24 de junho de 2011, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde. A partir da organização da rede

de atenção à saúde materna e infantil nos municípios, provavelmente, houve melhora nos resultados assistenciais, correspondendo a mesma realidade encontrada em outros cenários.^{4,10}

Entretanto, os cinco óbitos ocorridos no ano de 2016 merecem destaque, pois representam uma RMM de 119,81/100.000 NV, o maior indicador durante os anos analisados. Em análise das causas de óbitos mais frequentes, foram por doenças e infecções especificadas, hipertensão como a segunda maior causa e a hemorragia sendo a terceira maior causa.

Autores concluem que, as causas mais prevalentes dos óbitos maternos são as causas obstétricas diretas. Ainda, que as estratégias exitosas na prevenção da morte materna, não exigem recursos tecnológicos avançados, mas sim, práticas e atitudes simples, que envolvem baixos custos aos serviços.¹¹

No presente estudo, as mortes de mulheres brancas e solteiras foram as mais constantes. Esse achado difere da literatura, onde mulheres negras, sem emprego formal, sem companheiro, com início tardio do acompanhamento pré-natal, foram as mais frequentes. Esse grupo sinaliza para uma maior atenção por parte das equipes de saúde, sendo necessária maior vigilância e acompanhamento dos serviços de saúde no período gravídico-puerperal.²

Analisando o perfil socioeconômico, identificou-se que entre as mulheres com estado civil solteira e escolaridade entre 08 e 11 anos, os óbitos foram mais prevalentes, totalizando 52,94% do total. Seguido da raça branca e da faixa etária entre 20 e 29 anos, compreendendo 47,05% do total de óbitos.

Estudo realizado na cidade de Recife, evidenciou o perfil dos óbitos maternos, onde as vítimas encontravam-se na idade entre 20 e 39 anos, cuja raça negra, solteiras e estudaram até o ensino fundamental e médio, normalmente donas de casa. Não houve registro de óbito materno em mulheres indígenas e raça amarela, diferenciando com os achados no presente estudo.²

Na pactuação dos ODS, da agenda 2030, o Brasil almeja uma redução de 51,7% da RMM até 2030. Considerando que a maioria dos óbitos maternos são por causas evitáveis,

algumas iniciativas são descritas por autores, como formas de prevenção da morte materna, elas incluem o planejamento reprodutivo, a qualidade da assistência pré-natal, a estratificação e reconhecimento oportuno do risco gestacional, qualificação da assistência obstétrica, a identificação e o tratamento adequado das complicações oriundas da gravidez, do parto e pós-parto.^{3,11}

Na atenção básica o enfermeiro é responsável pela primeira consulta, onde se realiza testes rápidos e o cadastro da nova gestante, assim identificando os fatores de risco da gestacional e realizando ações educativas para a gestante e seus familiares, reduzindo riscos pertinentes a gestação. Garantindo o acesso da gestante aos cuidados pré-natais, atua reduzindo as barreiras assistenciais e qualificando a atenção pré-natal. Ao acolher a gestante, assistindo a mesma na sua integralidade, o profissional favorece a formação do vínculo entre a gestante e a equipe de saúde.¹²

É neste contexto de atuação do enfermeiro, que seu papel possui maior relevância, pois é o ambiente em que ele possui maior autonomia, amparado pela legislação, para as práticas de cuidado na atenção pré-natal. Neste âmbito de atenção, através de um acompanhamento pré-natal qualificado, assegurando a continuidade da assistência e o reconhecendo das comorbidades que possam representar risco a saúde da mulher, contribui significativamente para reduzir as taxas de mortalidade.¹³

Antes, durante e após a gestação, cabe ao enfermeiro avaliar e identificar o risco gestacional, sinais e sintomas referentes à gestação e queixas mais frequentes neste período. Neste sentido, a gestante e sua família, devem ser acolhidas e acompanhadas de forma integral, para que possam vivenciar este período de maneira saudável. O planejamento familiar, o acompanhamento, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de possíveis complicações durante a gravidez, parto e o pós-parto, costumam reduzir o número de mortes, concretizando assim o direito humano básico, o direito à vida.^{12,14}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde e reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. A avaliação e o monitoramento desse indicador, é de extrema

importância, pois os valores de RMM estão associados a qualidade da assistência prestada, contemplando o planejamento reprodutivo, a assistência do pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Os resultados do estudo apontam a necessidade de ajustes e qualificação da atenção durante o pré-natal, parto e pós-parto. Considerando que a maioria das mortes maternas podem ser evitadas, se houver um serviço de saúde de qualidade, integral e interdisciplinar, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto até o puerpério, bem como uma conscientização por parte das mulheres sobre a importância da adesão ao acompanhamento pré-natal.

Para uma redução significativa nas taxas de RMM, o papel do enfermeiro é de extrema importância, pois é o profissional que possui maior contato com a mulher durante a sua gestação. Presente nos diferentes contextos da atenção à mulher, por meio de suas práticas de cuidado, facilita o acesso da mulher ao acompanhamento pré-natal, favorecendo a continuidade da assistência, assim como, reconhecendo e intervindo oportunamente na redução dos riscos relacionados ao período.

Contando com as redes de apoio, a equipe de saúde pode ter mais efetividade para redução das taxas de mortalidade materna. Estratégias como grupo para a gestante, oportuniza espaços para troca de experiência entre elas sobre o período vivido, iniciativas que podem refletir na redução da mortalidade materna.

Considerando que a redução da mortalidade materna pode ocorrer com medidas simples e de baixo custo, espera-se, que os resultados deste estudo possam contribuir para uma reflexão dos profissionais envolvidos com a assistência a mulher neste ciclo de vida. Ainda, considerando o elevado número de óbitos em determinados períodos analisados, faz-se necessário o monitoramento e vigilância constante do risco gestacional, contemplando os aspectos socioeconômicos e biológicos da mulher.

Mesmo diante dos resultados apresentados, considera-se como limitação do presente estudo, o fato de utilizar-se de dados de domínio público, o que impossibilitou a análise de outras variáveis importantes acerca do tema.

REFERÊNCIAS

1. BOTELHO NM, SILVA IFMM, TAVARES JR, LIMA LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2014 [Acesso em 20 mar 2022];36(7):290-295. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320140004892>.
2. CARVALHO PI, et al . Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília 2020 [Acesso em 20 mar 2022];29(1):e2019185. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100005>.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Objetivo de desenvolvimento sustentável, 2019. [Acesso em 20 mar 2022]. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html#:~:text=No%20dia%2028%20de%20maio,maternas%20por%20100.00%20nascidos%20vivos>.
4. BRASIL. Portaria GM/MS n.º1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. *Diário Oficial* [da] república Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jun.2011.
5. RODRIGUES ARM, CAVALCANTE AES, VIANA AB. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. *ReTEP* [Internet] 2019 [acesso em 20 mar 2022];11(1):3-9. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. 2020. [Acesso em 20 mar 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/brasil-reduziu-8-4-a-razao-de-mortalidade-materna-e-investe-em-aco-es-com-foco-na-saude-da-mulher>.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016.
8. Código Internacional de Doenças - CID-10. [Acesso em 20 mar 2022]. Disponível em: <https://cid10.com.br/>
9. SILVA BGC, et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2016 [Acesso em 20 mar 2022];19(3): 484-493. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>
10. MARTINS ACS, SILVA LS. Epidemiological profile of maternal mortality. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2018, [Acesso em 20 mar 2022];71(suppl 1):677-683. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>
11. SCARTON J, THUROW MRB, VENTURA J, SILVA DN, PERIM LF, SIQUEIRA HCH. Mortalidade materna: Causas e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, 2020. [Acesso em 20 mar 2022];9(5):e67953081. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3081>
12. DE BORTOLI CFC, PRATES LA, PEREZ R DE V, CHAMPE T DA S, WILHELM LA, RESSEL LB. The nursing consultation: contributions in prenatal care. *RSD* [Internet]. 2020 [acesso em 20 mar 2022];9(8):e458985236. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5236>

13. BARRETO ES, OLIVEIRA JS, ARAÚJO AJS, QUEIROZ PES, SCHULZ RS. Redução da mortalidade materna e atuação do enfermeiro. Rev Enferm Contemp. 2018 [Acesso em 20 mar 2022];7(1):20-26. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1370>

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco– manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.