

MORTALIDADE MATERNA NA BAHIA: UMA ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA*Ana Beatriz Costa Neiva^a*<https://orcid.org/0000-0002-8967-4479>*Júlia Libarino Pontes Pimentel Santos^b*<https://orcid.org/0000-0003-2098-058X>*Lahara Martins Dourado Macêdo^c*<https://orcid.org/0000-0001-7501-6371>*Victória Kelly Savernini Ramos^d*<https://orcid.org/0000-0003-4346-4692>*Meirelayne Borges Duarte^e*<https://orcid.org/0000-0002-2744-1979>**Resumo**

Este estudo teve por objetivo analisar a influência dos fatores sociodemográficos na mortalidade materna no estado da Bahia e identificar seus fatores de risco, para que sejam implantadas melhorias na Atenção Primária à Saúde. Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e descritivo com dados secundários, coletados no período de fevereiro a junho de 2020 por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). A população do estudo foi composta por todas as mulheres de faixa etária entre 10 e 49 anos que morreram durante a gravidez, parto ou puerpério, no período de 2007 a 2017. Foram estudadas as variáveis qualitativas escolaridade, estado civil, cor/raça e a variável quantitativa idade. Na análise dos dados, foram usadas a razão de mortalidade materna para calcular a variável quantitativa e as taxas de distribuição percentual para calcular as variáveis qualitativas. De acordo com a análise deste estudo, foi possível perceber que os óbitos maternos foram mais prevalentes em mulheres entre 40 e 49 anos, solteiras, com quatro a 11 anos de escolaridade e pardas. Assim, pode-se

^a Acadêmica de Medicina da Universidade Salvador. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: anabeatriz.neiva09@gmail.com

^b Acadêmica de Medicina da Universidade Salvador. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: julialibarinopps@gmail.com

^c Acadêmica de Medicina da Universidade Salvador. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: laharamacedo@gmail.com

^d Acadêmica de Medicina da Universidade Salvador. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: victoriasavernini@gmail.com

^e Médica. Mestre em Saúde com Concentração em Epidemiologia. Docente do Curso de Medicina da Universidade de Salvador. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: meirelayne.duarte@unifacs.br

Endereço para correspondência: Universidade de Salvador. Avenida Luís Viana, n. 3100-3146, Imbuí. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41720-200. E-mail: julialibarinopps@gmail.com

concluir que, a fim de reduzir a mortalidade materna na Bahia, são necessárias ações governamentais mais amplas e articuladas, para que ocorram mudanças efetivas no atual modelo assistencial de atenção obstétrica.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Saúde da mulher. Análise de vulnerabilidade.

MATERNAL MORTALITY IN BAHIA: A SOCIODEMOGRAPHIC ANALYSIS

Abstract

This study aimed to analyze the influence of sociodemographic factors on maternal mortality in the state of Bahia and to identify its risk factors, for implementing improvements in Primary Health Care. A quantitative, cross-sectional, and descriptive study was carried out with secondary data collected from February to June 2020 by using the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The study population comprises all women aged between 10 and 49 years, who died during pregnancy, labor, or puerperium in the period from 2007 to 2017. Qualitative variables of schooling, marital status, skin color/race and quantitative age variable were studied. In the data analysis, maternal mortality ratios were used to calculate the quantitative variable and the percentage distribution rates to calculate the qualitative variables. According to this study analysis, noticing that maternal deaths were more prevalent in women between 40 and 49 years old, single, with four to 11 years of schooling and mixed race was possible. Thus, it is possible to conclude that, to reduce maternal mortality in Bahia, broader and more articulated governmental actions are necessary for effective changes to occur in the current model of obstetric care.

Keywords: Maternal Mortality. Women's Health. Vulnerability Analysis.

MORTALIDAD MATERNA EN BAHÍA: UN ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de los factores sociodemográficos en la mortalidad materna en el estado de Bahía (Brasil) e identificar sus factores de riesgo para que se implementen mejoras en la atención primaria de salud. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo con datos secundarios recolectados del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) en el período de febrero

a junio de 2020. La población del estudio se compuso de mujeres entre los 10 y los 49 años, que fallecieron durante el embarazo, parto o puerperio en el período de 2007 a 2017. Se estudiaron las variables cualitativas de educación, estado civil, color/raza y la variable cuantitativa edad. En el análisis de datos, se utilizó la razón de mortalidad materna para calcular la variable cuantitativa y las tasas de distribución porcentual para calcular las variables cualitativas. Del análisis se pudo notar que las muertes maternas fueron más prevalentes en mujeres entre 40 y 49 años, solteras, con cuatro a 11 años de educación y pardas. Se concluyó que la reducción de la mortalidad materna en Bahía requiere de acciones gubernamentales más amplias y articuladas para que se produzcan cambios efectivos en el actual modelo de atención de la atención obstétrica.

Palabras clave: Mortalidad Materna. Salud de la Mujer. Análisis de Vulnerabilidad.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um dos grandes problemas de saúde pública que assolam a Bahia e diversos estados brasileiros há mais de décadas. Nesse cenário, os óbitos maternos se tornam um importante indicador de desenvolvimento humano e socioeconômico para nortear melhorias para a saúde pública. De acordo com um estudo brasileiro, cerca de 95% das mortes maternas são por causas evitáveis¹, o que reflete as precárias condições econômicas, culturais e tecnológicas de um país ou de uma sociedade e constitui-se em uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres, tratando-se, portanto, de uma preocupação mundial².

A mortalidade materna pode ser descrita como a morte de mulheres durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o final da gravidez, baseada em causas diversas que estão relacionadas ou foram agravadas por decisões necessárias em relação à gestação, excluindo causas acidentais ou incidentais³. Por sua vez, pode ser expressa pela razão da mortalidade materna (RMM), que correlaciona o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, ao de nascidos vivos (NV)¹. Esse indicador é de grande importância para analisar o perfil da mortalidade materna no Brasil e na Bahia.

Nos países em desenvolvimento, os índices de mortalidade materna estão ainda distantes dos desejáveis. Em 1990 morreram 585 mil mulheres no mundo, vítimas de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal. A disparidade dos índices de mortalidade materna entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, quanto a esse dado, é grande. Os índices de países como o Canadá e Estados Unidos são inferiores a nove óbitos maternos para cem mil nascidos vivos. Por outro lado, Bolívia, Peru e Haiti somam mais de duzentos óbitos por cem mil nascidos vivos. Desses casos, 98% poderiam ser evitados com medidas preventivas na área da saúde⁴.

Nos anos 2000, o Brasil assumiu perante as oito iniciativas identificadas como objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) o compromisso de reduzir a RMM para 35 óbitos a cada cem mil nascidos vivos até o ano de 2015³. Entre os anos de 1990 e 2010, a mortalidade materna do país teve uma queda de 52% (de 141 para 68 óbitos por cem mil nascidos vivos)⁵. Contudo, já no ano de 2016, a RMM brasileira ainda se distanciava dessa meta, sendo de 64,4 mortes maternas em cada cem mil bebês nascidos⁶, não atingindo assim a meta dos ODM, uma realidade ainda distante para o Brasil e já perceptível em países desenvolvidos.

Adquirir informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna é de suma importância, pois pode estimar os riscos que ocorrem na gravidez, parto e puerpério, além de ter um grande significado para a saúde da mulher, levando em consideração seu status social, familiar e econômico, permitindo assim que a idade, escolaridade, cor/raça e estado civil sejam analisadas e comparadas. A redução da mortalidade representa um grande desafio para os gestores de saúde, principalmente pelo fato de as mortes evitáveis atingirem um grupo específico de mulheres menos favorecidas e com menor acesso ao pré-natal. É necessária a elaboração de políticas públicas que garantam um acompanhamento completo e efetivo a essas gestantes, evitando índices elevados de mortalidade³.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar a influência dos fatores sociodemográficos na mortalidade materna do estado da Bahia e identificar fatores de risco que sirvam de base para intervenções na saúde pública a serem aplicadas pelo governo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo com dados secundários coletados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). A população de estudo utilizada teve como critério de inclusão os óbitos maternos ocorridos nos anos de 2007 a 2017 na unidade da federação da Bahia. Foram excluídos os óbitos maternos na faixa etária de 50 a 59 anos e os que tiveram a idade, escolaridade, cor/raça ou estado civil ignorados.

O estudo utilizou uma amostra de dados agregados, composta por todos os óbitos maternos no estado da Bahia registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no período de 2007 a 2017, e teve como variáveis: idade, cor/raça, escolaridade e estado civil.

A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do SIM da base de dados do Datasus. O número de óbitos maternos foi obtido pelo acesso ao item Informações de Saúde (Tabnet) em Estatísticas Vitais e a seleção do tópico Mortalidade – 1996 a 2017 (de acordo com a CID-10, óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos no Brasil por região e unidade de federação). Foi selecionada a opção óbitos maternos e a unidade de federação Bahia. O número de nascidos vivos foi obtido a partir do item Informações de Saúde (Tabnet) em Estatísticas vitais e a seleção do tópico Nascidos Vivos – 1994 a 2016, com abrangência no Brasil por regionais/estados.

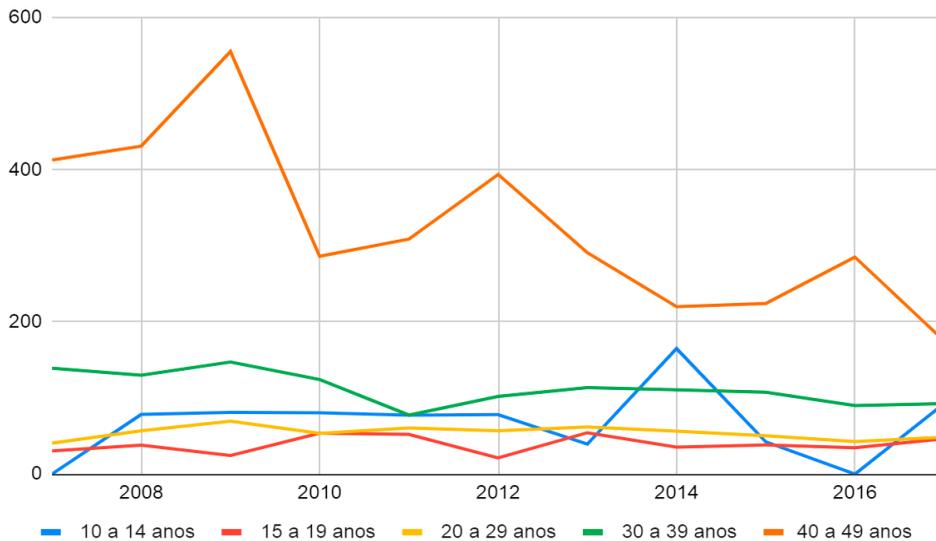
A análise das variáveis qualitativas, escolaridade, cor/raça e estado civil, foi feita por meio do cálculo da distribuição percentual dos óbitos por categoria, calculado por meio do número de óbitos maternos por categoria em determinado ano (n° total de óbitos maternos no ano \times 100). A variável quantitativa idade foi analisada a partir da razão de mortalidade materna por faixa etária, calculada por meio do número de óbitos maternos na faixa etária em determinado ano (n° de nascidos vivos de mães nessa faixa etária no ano \times 100.000).

Cabe salientar que esse estudo foi realizado respeitando o Código de Ética Médica e a Declaração de Helsinque. Na sua elaboração foram utilizados dados secundários já existentes para investigar questões diferentes daquelas para as quais os dados foram coletados. Desse modo, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Para a realização, foram executadas as recomendações da Resolução 510/16 (Conep – CMS/MS).

RESULTADOS

Ao analisar o **Gráfico 1**, foi possível verificar que no estado da Bahia a faixa etária entre 40 e 49 anos teve a maior razão de mortalidade materna em todo o período observado, sendo o seu pico no ano de 2009. A partir de então, ocorreu uma redução considerável. Já a faixa etária de 10 a 14 anos apresenta uma razão de mortalidade materna relativamente menor e diferente das outras, com pico no ano de 2014, a segunda maior neste ano. A razão de mortalidade materna é um coeficiente que reflete a qualidade da saúde da mulher, sendo assim, a observação de elevadas taxas de mortalidade materna revela insatisfatória prestação dos serviços de saúde a esse grupo.

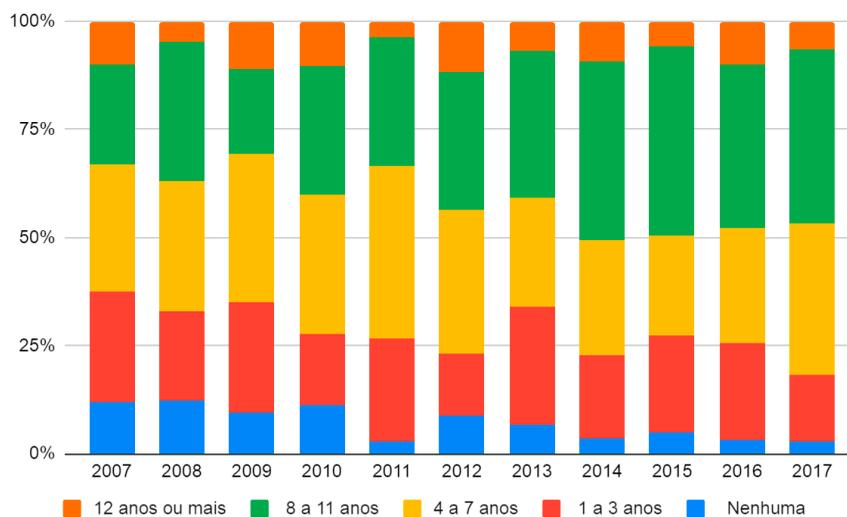
Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna na Bahia. Salvador, Bahia, Brasil – 2007 a 2017



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Datasus.

Conforme observa-se no **Gráfico 2**, as maiores taxas percentuais de óbitos maternos se encontram em mães com quatro a sete e oito a 11 anos de escolaridade, enquanto a taxa percentual de óbitos maternos em mães com 12 ou mais anos de escolaridade está entre as menores. A partir disso, podemos inferir que a maior parte dos óbitos maternos está concentrado em mulheres que não chegaram a concluir o ensino médio, e uma parte significativa não chegou nem a cursá-lo.

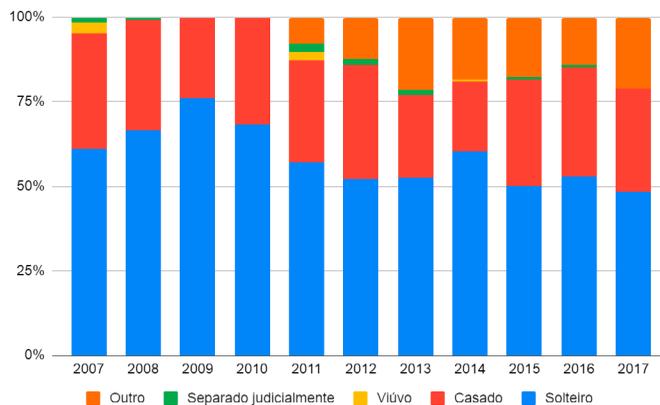
Gráfico 2 – Taxa de distribuição percentual de óbitos maternos por escolaridade. Salvador, Bahia, Brasil – 2007 a 2017



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Datasus.

A partir do **Gráfico 3**, observou-se que os óbitos maternos por estado civil na Bahia estão percentualmente concentrados em mulheres solteiras, padrão que se mantém alto em todo o período analisado. A partir disso, é possível inferir que a mortalidade materna é um risco maior para mulheres que ainda não têm um relacionamento estabelecido do que para mulheres grávidas que são casadas com companheiros que as apoiam.

Gráfico 3 – Taxa de distribuição percentual de óbitos maternos por estado civil. Salvador, Bahia, Brasil – 2007 a 2017



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Datasus.

De acordo com o **Gráfico 4**, no que se refere aos óbitos maternos por cor/raça na Bahia, as mulheres pardas apresentaram uma prevalência bem mais alta em relação às outras, com valores mais expressivos nos anos de 2011, 2013 e 2015. Esse resultado já era esperado, pelo fato de a maior parte da população do estado da Bahia ser composta por pardos e pretos (negros). A raça indígena, por sua vez, destacou-se por revelar a menor taxa de distribuição percentual de óbitos maternos.

Gráfico 4 – Taxa de distribuição percentual de óbitos maternos por cor/raça. Salvador, Bahia, Brasil – 2007 a 2017



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Datasus.

DISCUSSÃO

Ao longo dos dez anos estudados, nota-se que a razão de mortalidade materna apresentou uma variação significativa, e as taxas percentuais das variáveis escolaridade, estado civil e cor/raça mantiveram um padrão no período analisado. Foi possível observar uma maior razão de mortalidade materna em mulheres de 40 a 49 anos e maior percentual de óbitos em mães solteiras, pardas e com quatro a 11 anos de escolaridade. É importante salientar que, grande parte das causas de óbitos maternos relacionadas aos resultados obtidos no estudo são evitáveis.

Nos últimos anos, ocorreu um aumento no número de gestações em idade avançada devido ao desejo da mulher em investir na formação e na carreira profissional, a postergação da época do casamento e a grande disponibilidade de métodos contraceptivos e técnicas de reprodução. A gravidez em mulheres com mais de 35 anos predispõe a maiores riscos obstétricos. Esse risco é decorrente tanto da própria senilidade ovariana quanto da maior frequência de doenças crônicas preexistentes, que aumentam ao longo da idade⁷.

Dessa forma, mulheres com idade mais avançada estão sujeitas a hospitalizações mais frequentes e têm maior chance de sofrer abortos espontâneos⁷. Com isso, a elevada razão de mortalidade materna na faixa etária de 40 a 49 anos, com redução progressiva ao longo dos anos, observada no estudo, reitera a vulnerabilidade dessa faixa etária e a necessidade de que essas mulheres recebam um acompanhamento pré-natal cauteloso e completo, a fim de evitar a ocorrência de complicações obstétricas.

A escolaridade é uma variável que deve ser considerada na atenção à saúde da mulher, pois pesquisas mostram de forma contundente que mulheres com menor escolaridade são as maiores vítimas da mortalidade materna³. A análise dos dados colhidos no presente estudo permite perceber que a maior parte dos óbitos maternos foram de mães com menos de 12 anos de escolaridade, ou seja, que não chegaram a concluir o ensino médio e nem a cursar o ensino superior.

A partir disso, pode-se inferir que o fato de não concluir o ensino médio e não cursar uma graduação pode estar associado à baixa renda, à impossibilidade de concluir os estudos e, conseqüentemente, a um menor grau de informação e a uma procura mais tardia pelo atendimento pré-natal, contribuindo, assim, para um elevado risco de complicações⁷. Aliado a isso, hábitos saudáveis e meios de prevenção de contaminação por doenças são aprendidos na escola, e a educação está associada à capacidade do indivíduo de executar esse aprendizado. Portanto, uma maior escolaridade pode estar associada a uma melhor condição de saúde do indivíduo⁸.

O estado civil é um indicador que necessita ser analisado, pois constatou-se nos resultados desse estudo que as mortes maternas notificadas têm um percentual maior de

mães solteiras. Dessa forma, é importante refletir sobre a influência das relações conjugais não formalizadas na mortalidade materna, pois é comum que ocorra a quebra de vínculos entre a mãe e o pai do bebê, ou que sejam tomadas decisões inconvenientes na descoberta da gravidez. Portanto, percebeu-se que gestantes solteiras são mais propensas a ter uma ausência de aporte afetivo, emocional, social e financeiro, contribuindo para que não tenham auxílio e autocuidado durante o momento delicado em que se encontram. Por outro lado, as gestantes casadas têm melhores condições de apoio, portanto, representam um percentual de óbitos menor³.

O Brasil tem a segunda maior população negra do mundo, com quase 50% de seu povo autodeclarado como afrodescendente (pardos ou pretos). Isso é resultado do processo histórico da escravatura, iniciado a partir do século XVI⁹. No estado da Bahia, pode-se notar claramente como os fatores históricos influenciaram na predominância dos negros dentre as outras raças: no ano de 2018, o número de negros correspondia a 81,1% da população do estado, de acordo com o IBGE¹⁰.

A construção social das desigualdades entre brancos e negros interfere na forma de viver dessas pessoas e faz-se evidente nas disparidades das condições de existência entre um grupo e outro, que têm experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer⁹. Com isso, o risco de mortalidade materna é bem maior entre as mulheres negras, o que inclui pretas e pardas, deixando nítido que os diversos fatores de desigualdade social, como menor acesso à assistência e menor renda e escolaridade, têm importante expressão nos óbitos dessas gestantes¹¹.

A formulação da política de Estado do pacto pela vida (redução da mortalidade materna e a implantação da Rede Cegonha) complementa as questões de planejamento de atenção à saúde da mulher. Entretanto, sua implementação e monitorização estão comprometidas, uma vez que não se presta assistência com equidade às diversas regiões brasileiras, que apresentam características bem diferentes entre si. É preciso que os gestores implementem estratégias para minimizar essas diferenças, principalmente relacionadas à mulher negra, constantemente vitimada pelo racismo excludente, e assim melhorar a assistência às gestantes e buscar reduzir a mortalidade materna no país¹².

A adequada estratificação de risco da gestação é de grande importância para redução da razão de mortalidade materna e deve ser refeita a cada consulta pré-natal. No cenário nacional atual, tem sido aprofundada a discussão de incluir na estratificação a classificação de risco intermediária. O Guia Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério propõe os dois estratos de risco clássicos na gestação, (risco habitual e alto risco) e agrega o risco intermediário, anteriormente proposto como “fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica”. Esse novo estrato inclui gestantes que apresentam

fatores de risco aumentados devido ao baixo acesso à escolaridade, violências, ausência de apoio e demais fatores associados aos determinantes proximais do processo saúde doença. A presença de um ou mais fatores da classificação intermediária implica maior complexidade da gestação e, portanto, maior vigilância e cuidado, devendo ser considerada a sua inclusão na estratificação de risco pré-natal¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora sejam reconhecidos os notáveis avanços no país em relação à diminuição dos índices de mortalidade materna, muito ainda precisa ser feito para que todas as mulheres brasileiras, independente de raça, cor, escolaridade, estado civil e idade, tenham o seu direito pleno e assegurado à saúde¹¹. Aliado a isso, é importante que sejam realizadas ações amplas e articuladas, que visem uma mudança efetiva do atual modelo assistencial na atenção obstétrica, dadas as inegáveis deficiências evidenciadas e o elevado número de óbitos evitáveis. Para que isso seja concretizado, é fundamental que todos os profissionais da área de saúde sejam treinados e sensibilizados quanto à relevância da atenção à saúde das gestantes, parturientes e puérperas, visando a identificação precoce de fatores de risco para complicações maternas. A partir disso, será possível oferecer todos os cuidados preventivos possíveis a esse grupo populacional.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Ana Beatriz Neiva, Júlia Libarino, Lahara Martins e Victória Kelly Savernini.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Ana Beatriz Neiva, Júlia Libarino, Lahara Martins, Victória Kelly Savernini e Meirelayne Borges Duarte.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Meirelayne Borges Duarte.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Ana Beatriz Neiva, Júlia Libarino, Lahara Martins e Victória Kelly Savernini.

REFERÊNCIAS

1. Faria DR, Sousa RC, Costa TJNM, Leite ICG. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. Rev Méd Minas Gerais. 2012;22(1):1-128.
2. Soares VMN, Souza KV, Azevedo EMM, Possebon CR, Marques FF. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(12):536-43.

3. Gomes JO, Vieira MCA, Mistura C, Andrade GG, Barbosa KMG, Lira MOSC, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(12):3165-71.
4. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):303-7.
5. Pícoli RP, Cazola LHO, Lemos EF. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. Rev Bras de Saúde Mater Infant. 2017;17(4):729-37.
6. Universidade Federal de Minas Gerais. Taxa de mortalidade materna no Brasil é dez vezes maior que a registrada em países desenvolvidos [Internet]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2019. [citado em 2020 mar 19]. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/taxa-de-mortalidade-materna-no-brasil-e-dez-vezes-maior-que-a-registrada-em-paises-desenvolvidos#:~:text=No%20Brasil%2C%20o%20%20C3%BAltimo%20%20C3%ADndice,a%20registrada%20em%20pa%20C3%ADses%20desenvolvidos>.
7. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. Rev Gaúch Enferm. 2017;38(4):e2017-0042.
8. Reis RN, Santos GF. O efeito da educação sobre o status de saúde e ocorrência de doenças crônicas na população do estado da Bahia [Monografia]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2013.
9. Gois EC, Jesus CS, Conceição GC, Santos JB, Reis RB. Mortalidade materna na Bahia no período de 2012 a 2016. REAS/EJCH. 2019;18:e335.
10. G1 BA. Uma em cada cinco pessoas na Bahia se declara preta, aponta IBGE [Internet]. Salvador (BA): G1 BA; 2019 [citado em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2019/05/22/uma-em-cada-5-pessoas-na-bahia-se-declara-preta-aponta-ibge.ghtml>.
11. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(1):2473-9.
12. Ribeiro L. Morbimortalidade materna no estado da Bahia: diferenciais segundo a raça/cor da pele [Tese]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2013.
13. Gomes MNA, Santos LKO. Guia de orientação para secretarias estaduais e municipais de saúde- Saúde da mulher na gestação parto e puerpério. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.

Recebido: 1.5.2021. Aprovado: 5.9.2022.