



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA PAe Nº 000038.10/2025-CFM – PARECER CFM Nº 22/2026

ASSUNTO: Assistência ao parto; ato médico; balão; obstetrícia; parto; procedimento invasivo.

RELATOR: Cons. Ademar Carlos Augusto

EMENTA: A introdução do cateter de duplo balão ou balão de Cook é procedimento invasivo, portanto ato médico privativo.

DA CONSULTA

Solicitou-se parecer deste Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a legalidade de realizar procedimento de introdução de cateter de duplo balão ou balão de Cook para fins de indução do trabalho de parto por enfermeiro obstetra, considerando a existência de dúvida acerca da legalidade e dos limites de atuação profissional nessa conduta. A consulente atua como coordenadora da obstetrícia de hospital e relata a necessidade de orientação institucional com respaldo legal e ético sobre o tema.

DO PARECER

Com o objetivo de responder de forma clara e fundamentada, este parecer será estruturado em partes temáticas, organizadas de forma a apresentar os elementos clínicos, legais, éticos e normativos que fundamentam a conclusão final.

Parto eutócico e ausência de distócia

Parto eutócico é o parto vaginal de evolução espontânea e fisiológica, sem necessidade de intervenções.

Distócia é a dificuldade anormal no processo do parto, podendo decorrer de fatores relacionados a força (contratilidade uterina), objeto (condições fetais) ou trajeto (canal de parto). De forma dicotômica, quando há necessidade de indução do parto por ausência do início espontâneo do trabalho de parto, configura-se situação de distócia, o que descaracteriza o parto como eutócico.

Ausência de distócia implica que o trabalho de parto progride de forma natural, com boa vitalidade fetal, sem comprometimento anatômico ou funcional.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Indução do parto e balão de Cook

Balão de Cook é dispositivo utilizado como método de indução mecânica do início do trabalho de parto. Envolve a introdução de balonetes em canal cervical e em cavidade uterina. A pressão exercida entre os dois balões estimula a dilatação cervical, promovendo alterações morfológicas e bioquímicas no segmento inferior uterino, como a liberação de prostaglandinas e metaloproteinases, relacionadas, entre outros fatores, a modificação da matriz extracelular e a remodelação tecidual.

Tal prática terapêutica requer ambiência médica, diagnóstico especializado em parto distócico, exclusão de contraindicações, preparo técnico e capacidade de manejo de possíveis intercorrências, caracterizando-se, portanto, como procedimento obstétrico médico.

Atos médicos e legislação aplicável

A base legal que assegura a exclusividade dos atos médicos inicia-se na Constituição Federal¹, que, em seu art. 5º, XIII, estabelece o princípio do livre exercício profissional condicionado às qualificações legais: “É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

A Lei nº 12.842/2013², conhecida como Lei do Ato Médico, especifica as atividades privativas do médico, delimitando o campo de atuação dos demais profissionais de saúde:

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4º São atividades privativas do médico: (...)

III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos (...);

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações: (...)

III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos. (grifos nossos)

O Código de Ética Médica³ (CEM) reforça essas disposições ao regulamentar as relações profissionais e a vedação à delegação de atos médicos:

XVII – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente. (...)

É vedado ao médico: (...)

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica. (grifos nossos)



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Finalmente, a Resolução CFM nº 2.056/2013⁴ traduz esses princípios em normas específicas que orientam a prática médica, garantindo o respeito às atribuições exclusivas da medicina em ambientes multiprofissionais:

Art. 16. Ambiente médico é aquele no qual se exija a presença de médico para definição de diagnóstico, terapêutica e estratégia de reabilitação, alcançando também aqueles onde se executam os ditos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, com ou sem a permanência do paciente nas dependências do serviço, bem como a execução de atos periciais. (...)

Art. 22. É vedado ao médico delegar a outro profissional ato privativo de médico, mesmo quando integrante de equipe multiprofissional.

§ 1º. Quando se tratar de programas de saúde pública executados em sua área de abrangência, supervisionará o trabalho dos profissionais envolvidos em sua aplicação, respondendo por seus aspectos éticos e técnicos.

§ 2º. Quando a aplicação dos programas de saúde pública não obedecerem ao que está previsto no parágrafo primeiro, exime-se o médico de responder por resultados adversos, inclusive morte ou lesão corporal, devendo comunicar o fato, por escrito, ao diretor técnico médico ou diretor clínico, e ao Conselho Regional de Medicina, para as providências legais cabíveis.

Art. 23. O diagnóstico e a classificação de doença devem ser realizados por médico, em conformidade com a versão vigente da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. (...)

Art. 24. Os médicos, atuando em quaisquer estabelecimentos ou serviços de assistência médica, são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência. (...)

§ 3º. O médico integrante de equipe de saúde deverá colaborar com e aceitar a colaboração de outros profissionais para a definição e execução de estratégias assistenciais. (...)

Art. 27. A depender da natureza e da finalidade do estabelecimento que realiza assistência em regime de internação, parcial ou integral, além dos requisitos descritos no artigo anterior são também condições mínimas para o exercício da Medicina:

I – centro cirúrgico com infraestrutura adequada aos procedimentos a serem aplicados.

II – sala de parto normal e cirúrgico, em caso de maternidade.

a. É obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos;

b. Os partos normais, em gestantes de risco habitual, realizados por parteiras e enfermeiras obstétricas, em maternidades ou Centros de Parto devem ser supervisionados por médicos nos termos do artigo 22 parágrafos 1º e 2º desta resolução.

c. Os Centros de Parto devem estar circunscritos à área da maternidade, com infraestrutura para abordar as emergências obstétricas imediatamente. (grifos nossos)

Limites da atuação do enfermeiro obstetra

No âmbito da enfermagem obstétrica, a legislação e as normativas definem as atividades permitidas e as limitações impostas para garantir a segurança da paciente e a atuação integrada com a medicina.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A Lei nº 7.498/1986⁵ regulamenta o exercício profissional da enfermagem, destacando o papel do enfermeiro obstetra no acompanhamento do trabalho de parto e na condução do parto normal sem distócia.

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: (...)

II – como integrante da equipe de saúde: (...)

g) assistência da enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

J) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária. (grifos nossos)

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por sua vez, detalha as responsabilidades do enfermeiro obstetra, especialmente na identificação de distócias e na atuação até a chegada do médico, não indicando a realização de procedimentos terapêuticos. Diz a Resolução Cofen nº 516/2016⁶:

Art. 3º Ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência compete: (...)

VII – Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido; (...)

Parágrafo único. Aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda: (...)

b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido; (grifos nossos)

Normativas do Ministério da Saúde do Brasil

As portarias do Ministério da Saúde estabelecem a organização da assistência obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando o cuidado em rede e vinculando o repasse de incentivos financeiros federais ao cumprimento de critérios técnicos.

A Portaria GM/MS nº 5.350/2024⁷, que institui a Rede Alyne, prevê que apenas gestantes com gravidez de baixo risco, que evoluem para partos de risco habitual e início espontâneo, podem ser atendidas em centros de parto normal (CPN) peri-hospitalares. Nesses locais, os critérios federais de habilitação autorizam, em caráter excepcional, a atuação exclusiva de equipes de enfermagem obstétrica, sem a presença permanente de equipe médica local.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Todavia, mesmo nessas situações excepcionais, o Ministério da Saúde solicita garantia da possibilidade de intervenção médica hospitalar em até trinta minutos após a solicitação, o que ressalta o limite da atuação da enfermagem fora do contexto do parto eutócico.

Diz a Portaria GM/MS nº 5.350/2024:

Art. 7ºA. O componente parto e nascimento é constituído pelos seguintes pontos de atenção:

I – Centro de Parto Normal intra-hospitalar – CPNi e Centro de Parto Normal peri-hospitalar – CPNp;

II – maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos;

III – maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco; (...)

§ 1º O CPNi e o CPNp são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou vinculadas, respectivamente, a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações.

§ 2º A maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de risco habitual, devendo ter equipe qualificada e instalações adequadas para atendimentos de intercorrências ou situações de alto risco até sua estabilização e transferência segura, quando necessário.

§ 3º A maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de alto risco que necessitam de atenção especializada e acesso a recursos hospitalares de média e alta complexidade. (...)

Art. 12. Para fins do disposto nesta Portaria, adotam-se as seguintes definições: (...)

II – gravidez de alto risco: gestação que apresenta intercorrência clínica, obstétrica ou cirúrgica que possa comprometer a saúde materna e/ou fetal;

III – gestação de risco habitual: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;

IV – parto de risco habitual: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;

V – parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; (...)

Art. 14. São requisitos para a constituição da unidade como CPN: (...)

V – garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico; (...)

Art. 17. Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima:

I – CPNi:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta horas) de trabalho, 8 (oito) horas por dia;

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

II – CPNp:

- a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia;
- b) 2 (dois) enfermeiros obstétricos ou obstetrizes, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;
- c) 2 (dois) técnicos de enfermagem, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e
- d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. (...)

Art. 37. Para os fins deste Título, serão consideradas as seguintes definições:

I – gestação, parto e nascimento: fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional;

II – gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis;

III – risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condições identificadas no inciso II do “caput” deste artigo;

IV – risco fetal: risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal;

V – risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde; (...)

Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco – HGPAR (...)

Art. 47. Para habilitação de Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de alto risco, são necessárias a pactuação em CIB ou CGSES-DF e a inclusão no Plano de Ação da grade de referência regionalizada dos leitos, devendo ainda o estabelecimento cumprir os seguintes requisitos: (...)

III – realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (...)

VI – estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra; (...)

IX – garantir vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com estabelecimento de fluxo e encaminhamento responsável; (...)

XIV – disponibilizar hemocomponentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, com apresentação do documento de formalização de seu fornecimento, conforme normativas do Ministério da Saúde sobre a temática e resoluções da ANVISA; (...)

XVIII – informar taxa de cirurgia cesariana e apresentar plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em 10% (dez por cento) ao ano, tendo como valor de referência de meta uma taxa menor ou igual a 35% (trinta e cinco por cento); (...)

XXI – garantir acesso à UTIN, por meio de referência pactuada, caso não possua em seu estabelecimento;

XXII – dispor de leito equipado para estabilização da gestante ou puérpera até transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria;



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

XXIII – dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas por dia e nos sete dias por semana:

- a) ultrassonografia com doppler;**
- b) eletrocardiografia;
- c) cardiocotografia;**
- d) serviço de radiologia;
- e) laboratório clínico; e**
- f) BLH, ou posto de coleta com referência pactuada a um BLH, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local.

XXIV – dispor de equipe para atenção à gestação e ao puerpério de alto risco composta pelos seguintes profissionais:

- a) assistente social;
- b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra;**
- c) médico anestesiológico;
- d) médico obstetra;**
- e) médico pediatra;
- f) nutricionista;
- g) psicólogo;
- h) farmacêutico;
- i) técnico de enfermagem;
- j) médico neonatologista ou intensivista pediatra nas unidades que tiverem UTIN;
- k) fisioterapeuta nas unidades que tiverem UTIN; e
- l) fonoaudiólogo nas unidades que tiverem UTIN.

XXV – garantir acesso nas especialidades médicas, outros profissionais de saúde e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e o quadro clínico da usuária.

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para 5% (cinco por cento) ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local.

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento.

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiológico, médico obstetra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana.

§ 4º O número de leitos de referência em maternidades habilitadas para gestação de alto risco, por macrorregião de saúde, poderá corresponder a, no máximo, 30% (trinta por cento) de todos os leitos obstétricos SUS. (grifos nossos)

As diretrizes ministeriais são claras ao estabelecer que somente o parto de risco habitual e de início espontâneo pode ser conduzido por enfermeiros obstetras. A indução do parto, por pressupor ausência de trabalho de parto espontâneo, descaracteriza o cenário de risco habitual, transferindo a assistência para ambiente médico. Portanto, quando alguma distócia é identificada em CPNp, os enfermeiros obstetras devem garantir acesso à retaguarda hospitalar com presença médica em tempo oportuno — o que, conforme parâmetros técnicos internacionais, não deve exceder 30 minutos.





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Diz a Portaria MS nº 353/2017⁸ (Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal):

10. A assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetriz.

11. É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.

DA CONCLUSÃO

Com base na legislação vigente, nas normas profissionais aplicáveis e nos dados técnico-científicos analisados, conclui-se que:

1. A indicação do método terapêutico de indução do trabalho de parto com balão de Cook é ato médico, pois demanda ambiente médico, diagnóstico nosológico especializado de parto distócico, avaliação de contraindicações e análise da relação risco-benefício. Trata-se de conduta terapêutica invasiva intrauterina, o que reforça sua natureza como procedimento obstétrico privativo do médico.

2. A inserção do balão de Cook também configura ato médico, uma vez que se realiza por via transcervical, atingindo cavidade uterina, com potencial de modificar, entre outros efeitos, a matriz tecidual do segmento uterino inferior. Assim, enquadra-se nos critérios legais de procedimento invasivo definidos pela Lei do Ato Médico.

3. O CEM é claro ao vedar a delegação de atos privativos da medicina a outros profissionais, sendo, portanto, proibido ao médico a delegação da indução do trabalho de parto e de seus procedimentos invasivos a profissionais não médicos em partos sob sua responsabilidade.

4. A atuação da enfermagem obstétrica está restrita à assistência ao parto de evolução fisiológica e de início espontâneo. Não há respaldo legal nem normativo para a indicação ou realização autônoma de qualquer método de indução de parto por enfermeiros obstetras.

5. As normas do Ministério da Saúde, especialmente a Portaria GM/MS nº 5.350/2024, delimitam com clareza que partos com risco além do habitual devem ser assistidos em ambientes médicos, com equipe especializada. As diretrizes federais corroboram que qualquer método de indução implica risco acrescido, afastando a caracterização de parto de risco habitual.





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Em síntese, todo parto que não for classificado como de risco habitual, eutócico e de início espontâneo deve ser assistido por médico e por equipe multiprofissional, que deve estar sob sua supervisão direta. A indicação de qualquer método de indução do trabalho de parto exige diagnóstico nosológico – ato privativo do médico –, e a realização de métodos invasivos, como o balão de Cook, constitui igualmente ato privativo da medicina.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 24 de junho de 2026.

ADEMAR CARLOS AUGUSTO

Conselheiro Relator



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal; 1988.
2. BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2013.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 1º nov. 2018.
4. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 12 set. 2013.
5. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 25 jun. 1986.
6. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 516, de 24 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2016.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 16 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.