

TRAÇÃO CEFÁLICA E MANOBRAS ROTACIONAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE OS PRINCÍPIOS BIOMECÂNICOS DA DISTOCIA DE OMBROS

**CEPHALIC TRACTION AND ROTATIONAL MANEUVERS: A LITERATURE
REVIEW ON THE BIOMECHANICAL PRINCIPLES OF SHOULDER DYSTOCIA**

Ciências da Saúde • 18/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789643838](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789643838)

Jaqueline Andrade Rodrigues Venegas¹

Beatriz Michaelle Cavalcanti dos Santos²

RESUMO

Introdução: A distócia de ombros é uma emergência obstétrica que se dá pela impactação do ombro fetal na pelve materna. O ombro anterior se encaixa na sínfise púbica após o nascimento da cabeça. É fundamental que o profissional tenha conhecimento sobre a biomecânica da distócia de ombros para orientar a utilização das manobras e evitar a tração cefálica indiscriminada, que está associada ao risco de complicações neonatais, sendo a principal delas a lesão de plexo braquial. **Objetivo:** Analisar a tração cefálica, as manobras rotacionais e os princípios biomecânicos que fundamentam a aplicabilidade dessas manobras na resolução da distócia de ombros, com base nas evidências científicas atuais. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio das bases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde e LILACS. Foram incluídos artigos originais e de revisão, publicados entre 2021 e 2026, em português e inglês. A seleção ocorreu mediante triagem de títulos e resumos, seguida da leitura na íntegra dos estudos elegíveis. Diretrizes nacionais e internacionais foram utilizadas como material complementar. **Resultados e discussão:** As manobras rotacionais atuam por diferentes mecanismos como modificação da configuração pélvica materna, a rotação dos ombros fetais e a redução do diâmetro biacromial. Embora as manobras de McRoberts e Rubin I sejam tradicionalmente priorizadas como manobras iniciais, as manobras internas apresentaram taxas de sucesso relevantes, especialmente o parto do ombro posterior. A tração cefálica indiscriminada foi associada a desfechos neonatais desfavoráveis, sendo a principal delas a lesão do plexo braquial. **Conclusão:** A compreensão da biomecânica pode favorecer uma resolução eficaz e individualizada das manobras e evitar a tração cefálica inadequada. Entretanto, ainda existem lacunas quanto à eficácia comparativa das técnicas e à definição de uma sequência

algorítmica baseada em evidências robustas.

Palavras-chave: Distócia do ombro; Biomecânica; Paralisia do plexo braquial neonatal.

ABSTRACT

Introduction: Shoulder dystocia is an obstetric emergency caused by the impaction of the fetal shoulder against the maternal pelvis. The anterior shoulder becomes lodged behind the pubic symphysis following the delivery of the head. It is crucial for healthcare professionals to understand the biomechanics of shoulder dystocia to guide the use of maneuvers and avoid indiscriminate cephalic traction, which is associated with a risk of neonatal complications—most notably brachial plexus injury. **Objective:** To analyze cephalic traction, rotational maneuvers, and the biomechanical principles underpinning their application in resolving shoulder dystocia, based on current scientific evidence. **Method:** This is an integrative literature review conducted using the PubMed, Virtual Health Library (VHL), and LILACS databases. Original articles and reviews published between 2021 and 2026 in Portuguese and English were included. Selection involved screening titles and abstracts, followed by a full-text review of eligible studies. National and international guidelines were used as supplementary material. **Results and Discussion:** Rotational maneuvers operate through various mechanisms, such as altering maternal pelvic configuration, rotating the fetal shoulders, and reducing the biacromial diameter. Although the McRoberts and Rubin I maneuvers are traditionally prioritized as initial interventions, internal maneuvers—particularly delivery of the posterior shoulder—have demonstrated significant success rates. Indiscriminate cephalic traction was associated with adverse neonatal outcomes, primarily brachial plexus injury. **Conclusion:** Understanding biomechanics can facilitate effective, individualized

maneuver application and prevent inappropriate cephalic traction. However, gaps remain regarding the comparative efficacy of these techniques and the definition of an algorithmic sequence based on robust evidence.

Keywords: Shoulder dystocia; Biomechanics; Neonatal brachial plexus palsy.

1. INTRODUÇÃO

A distocia de ombros é uma complicação do parto caracterizada pela impactação do ombro fetal na pelve materna, em decorrência de um diâmetro biacromial que excede o diâmetro pélvico materno. O ombro anterior encaixa-se na sínfise púbica após o nascimento da cabeça fetal (Tsikouras et al., 2024). A distocia pode ser agravada quando a impactação do ombro anterior ocorre simultaneamente à impactação do ombro posterior no promontório sacral (FEBRASGO, 2022). Constitui uma das principais emergências obstétricas com incidência estimada entre 0,15% e 1,7% dos partos vaginais. Esse percentual pode variar de acordo com o peso fetal ao nascer. A complicação pode ser identificada quando há um recuo da cabeça fetal em direção ao períneo após o desprendimento, com resistência à tração (Tsikouras et al., 2024). Retardar o alívio da pressão nos ombros do feto pode resultar em lesão cerebral por hipóxia neonatal ou morte, porém a manipulação inadequada pode causar lesões do plexo braquial e fraturas de clavícula ou do úmero. Para as mulheres que apresentam a distocia intraparto, há um aumento do risco de lacerações perineais graves, de terceiro e quarto grau e hemorragia pós-parto (atonía uterina e lesão de trato urinário) (Lau et al., 2024; FEBRASGO, 2022). Diante da gravidade das complicações se faz necessário um manejo rápido. Atualmente, os principais protocolos recomendam iniciar os passos para resolução da distócia com

manobras externas, reservando as manobras internas para caso as intervenções iniciais falhem. A primeira manobra específica recomendada é McRoberts, para realizar a manobra a paciente necessita de auxílio na hiperflexão dos membros inferiores em direção ao abdome. Simultaneamente à manobra de McRoberts, pode ser realizada a manobra de Rubin I na qual um auxiliar realiza pressão suprapúbica na direção inferomedial para auxiliar na rotação do ombro fetal, portanto, sendo consideradas manobras eficientes e menos invasivas. No insucesso das manobras externas, deve-se proceder com as manobras internas, como a extração manual do braço posterior (manobra de Jacquemier) ou a liberação do ombro posterior. Persistindo a falha, devem ser introduzidas manobras secundárias, as principais são a posição de Gaskin e as manobras de rotação interna (Rubin II, Woods e Woods reverso) (FEBRASGO, 2022). Outras entidades como a ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) e a RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists) também defendem algoritmos sequenciais que iniciam pelas manobras externas, porém essa sequência não possui evidências científicas em relação às suas taxas de sucesso, simplicidade técnica ou complicações inerentes. A ideia de que estas manobras são mais seguras baseia-se apenas em intuição e na percepção de que são mais fáceis de realizar e que possuem mais segurança que as manobras internas (Lau et al., 2023). Diante da ausência de evidências robustas para a fundamentação biomecânica que sustente essa superioridade das manobras externas em relação às internas, faz-se necessário compreender os mecanismos de cada manobra. Isso possibilita subsidiar a prática clínica baseada em evidências de qualidade e não apenas em uma percepção de segurança. Esta revisão tem como objetivo analisar a tração cefálica, as manobras rotacionais e os princípios biomecânicos que fundamentam a aplicabilidade dessas

manobras na resolução da distócia de ombros, com base nas evidências científicas atuais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, direcionada pela pergunta norteadora: “Qual o fundamento na biomecânica das manobras rotacionais em relação à tração cefálica na distocia de ombros?”. O conteúdo bibliográfico foi localizado pelas bases de dados PubMed, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), incluindo a base LILACS no período de 06/07/2026 a 08/07/2026, utilizando estratégias de busca elaboradas a partir dos descritores DeCS combinados por meio do operador booleano AND: “Shoulder dystocia AND rotational maneuvers”, “Shoulder dystocia AND biomechanics”, “Shoulder dystocia AND cephalic traction” e “Shoulder dystocia AND brachial plexus injury”, além do termo “Distocia de ombros” nas bases em português. Foram considerados como critérios de inclusão, artigos originais e de revisão, publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português e inglês, que abordassem diretamente a pergunta norteadora. Foram considerados critérios de exclusão como cartas ao editor, relatos de caso sem contribuição direta para a questão de pesquisa, estudos duplicados entre as bases consultadas, artigos que fugissem à proposta da pergunta norteadora e estudos sem acesso ao texto completo. Para material complementar, foram consultadas diretrizes nacionais e internacionais de sociedades científicas relevantes da área — como FEBRASGO, ACOG e RCOG, no intuito de auxiliar na fundamentação teórica e contextualização das recomendações clínicas vigentes relacionadas aos achados biomecânicos, não integrando a amostra da revisão. A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: leitura de títulos e resumos para triagem inicial, seguida de leitura na íntegra

dos artigos pré-selecionados para verificação da adequação aos critérios de elegibilidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Biomecânica da Distocia de Ombros

A distocia de ombros é uma impactação do diâmetro biacromial fetal em relação à pelve materna. Ocorre uma falha na rotação dos ombros para a posição oblíqua da pelve durante a descida fetal, essa falha pode ocorrer devido a resistência entre a pele do feto e as paredes do canal vaginal, parto prematuro ou resistência de um tórax com tamanho aumentado em relação ao diâmetro biparietal (FEBRASGO, 2022). Caracteriza-se pela impactação da porção anterior do ombro atrás da sínfise púbica, esta situação configura uma emergência obstétrica na qual há um desvio dos parâmetros que definem um parto eutócico. Nesse contexto são necessárias intervenções adicionais para viabilizar o desprendimento dos ombros fetais durante o parto, uma vez que a tração suave não é suficiente para a liberação do ombro anterior (Tsikouras et al., 2024).

O manejo da distocia de ombro deve-se iniciar com a identificação precoce da provável impactação dos ombros. Visualiza-se uma expulsão lenta do polo cefálico fetal, necessidade de auxílio da passagem da fronte e do mento pelo intróito vaginal e/ou retração da cabeça em direção ao períneo após seu desprendimento completo (sinal de tartaruga). Porém, nem sempre esses sinais aparecerão. Portanto, a possibilidade de uma impactação dos ombros deve ser considerada quando o profissional percebe que será necessário aplicar uma força maior que o habitual na tração

cefálica para completar o desprendimento do tronco do feto (Allen, 2022).

A condução da distocia de ombros visa manobras para assegurar o parto seguro, prevenir complicações como asfixia e lesão cortical, resultantes da compressão do cordão umbilical e impedimento da inspiração, no intuito de evitar danos neurológicos, traumas fetais e/ou maternos. A tração excessiva para liberar os ombros é contraindicada, assim como pressão do fundo uterino, pois essas condutas estão associadas a estiramento do plexo braquial e aumento do risco de rotura uterina (FEBRASGO, 2022).

4. FUNDAMENTOS BIOMECÂNICOS DAS MANOBRAS DE RESOLUÇÃO

4.1. McRoberts

É apresentada como uma das alternativas iniciais para resolução da distócia de ombros, por ser considerada eficiente e menos invasiva. Pode ser, inclusive, sugerida como a primeira manobra a ser realizada em alguns protocolos. Para realizar a manobra de McRoberts, deve-se promover a flexão dos membros inferiores da gestante contra o abdome. Essa posição muda a configuração da pelve materna favorecendo seu alinhamento vertical, associa-se à rotação cefálica do púbis, à diminuição da lordose lombar e à retificação do promontório, essas alterações podem facilitar a liberação do ombro impactado pela rotação da sínfise púbica. Além disso, promove um aumento da força expulsiva (Tsikouras et al., 2024; FEBRASGO, 2022).

4.2. Gaskin e Posição de Arrancada (Running Start)

Na manobra de Gaskin a paciente é colocada de quatro apoios, podendo também posicionar o membro inferior homolateral ao dorso fetal em flexão e em deslocamento anterior em relação à sua pelve (posição de arrancada). Essas posições facilitam o desprendimento dos ombros do feto por meio da ampliação do espaço na cavidade sacral somada à ação da gravidade. A mudança de posição também favorece a mobilidade sacral, pois não há mais a compressão direta na cama e facilita o acesso ao ombro posterior para, caso haja necessidade, a realização de manobras internas (FEBRASGO, 2022; Lau et al., 2024).

4.3. Rubin I

Ao identificar que o diâmetro biacromial fetal está impactado na posição anteroposterior, o objetivo inicial é restabelecer a posição fisiológica no diâmetro oblíquo da pelve. A manobra de Rubin I pode ser realizada simultaneamente à manobra de McRoberts. O intuito dessa manobra é a liberação do ombro através de sua adução, para sua realização faz-se necessário um auxiliar que deve estar posicionado lateralmente ao dorso fetal; este realizará a compressão suprapúbica na direção inferomedial, mantendo suas mãos espalmadas, de modo semelhante à massagem cardíaca (Allen, 2024; FEBRASGO, 2022).

4.4. Rubin II

Nessa manobra, a adução do ombro anterior impactado se dá pela introdução da mão do profissional na cavidade sacral homolateral ao dorso fetal, após a introdução, a mão deve ser deslocada para cima e posicionada atrás do ombro anterior para viabilizar sua adução. Assim como em Rubin I, o enfoque de Rubin II é o deslocamento

biacromial para a posição oblíqua da pelve, porém com a força sendo exercida por via vaginal em vez de pela via suprapúbica (FEBRASGO, 2022, Lau et al., 2024).

4.5. Woods e Woods Reverso

Caracteriza-se por uma manipulação intravaginal que é realizada de forma simultânea à manobra de Rubin II. Para realizar essa manobra, o profissional deve posicionar sua segunda mão na face anterior do ombro que está posicionado posteriormente na pelve aplicando um esforço complementar para rotacionar ombros fetais no mesmo sentido da manobra de Rubin. A mão mantida atrás do ombro anterior fetal realiza compressão adutora enquanto a mão posicionada à frente do ombro posterior exerce compressão abductora a fim de otimizar a tentativa de rotação dos ombros para o diâmetro oblíquo da pelve. Já na manobra de Woods reverso, o profissional retira a mão posicionada à frente do ombro posterior e desloca a mão que estava posicionada atrás do ombro anterior para a parte de trás do ombro posterior e exerce a força no sentido contrário à manobra de Woods tradicional, tendo o mesmo objetivo, direcionar os ombros fetais para o diâmetro oblíquo na pelve (Tsikouras et al., 2024; FEBRASGO, 2022).

4.6. Extração do Braço Posterior

O parto do ombro posterior recentemente tem sido defendido como manobra a ser priorizada no manejo da distócia de ombros, devido a apresentar-se com altas taxas de sucesso no manejo e resolução da distócia. O profissional deve deslocar o braço posterior à frente do tórax do feto. A manobra é realizada em três etapas, podendo ser necessária uma episiotomia. Primeiro, a mão do operador é

introduzida na vagina da parturiente passando pela fossa sacral e segurando o braço posterior com os dedos paralelos ao úmero. No segundo passo, o braço deve ser movido para a frente do tórax fetal. Por fim, no terceiro passo, o antebraço e a mão são trazidos para fora da vagina, passando para a frente o tórax do feto de modo que haja a rotação anterior do tronco e passagem do braço, antebraço e ombro posteriores pelo espaço anterior da pelve materna e conseqüentemente, reduzindo o diâmetro biacromial (Allen, 2024; FEBRASGO, 2022).

5. EVIDÊNCIAS DA LITERATURA

5.1. Taxas de Sucesso

A manobra de McRoberts é difundida como uma das primeiras manobras a ser realizada na distócia de ombros devido a sua simplicidade. Cerca de 40% dos casos onde há impactação são solucionados com sucesso com essa manobra, quando a pressão suprapúbica (Rubin I) é realizada em conjunto à manobra de McRoberts, as taxas de sucesso são superiores a 50% (Tsikouras et al., 2024). A posição de quatro apoios (manobra de Gaskin) é utilizada geralmente após falha das manobras iniciais, sendo sugerida também como manobra primária. Há uma série de 82 casos consecutivos de distócia de ombros nas quais foram abordadas com essa posição e foi obtida uma taxa de sucesso de 83%, sem repercussões neonatais negativas (Lau et al., 2024). As manobras internas incluindo: Rubin II Woods e Woods reverso obtiveram uma taxa de sucesso de 68,1% (Heinonen et al., 2024). Das manobras utilizadas com mais frequência, a extração do braço posterior é a com maior taxa de sucesso (84,8%) (Heinonen et al., 2024). O parto do ombro posterior tem sido recentemente defendido como

manobra de primeira linha na resposta algorítmica da distócia de ombros, apresentando sucesso em mais de 96% dos casos (Allen, 2024).

5.2. Tração Cefálica, Manobras Rotacionais e Complicações

É fundamental a consciência dos profissionais quanto à força aplicada durante o parto, com ênfase em reduzir a tração cefálica excessiva e apresentar técnicas simples para confirmar e, se necessário, agir na resolução da distócia. As referências da literatura trazem a importância de verificar a posição do ombro antes de aplicar a tração no trabalho de parto. Estudos em cadáveres evidenciaram que a combinação de tração excessiva e torção é a mais prejudicial ao feto (Allen, 2024). Há relatos em autópsias que associam a tração axial vigorosa à lesões graves na medula espinhal e até à decapitação (Lau et al., 2024). A distócia de ombro está diretamente relacionada ao aumento da morbimortalidade perinatal. Lesões do plexo braquial são comuns e podem estar relacionadas à tração cefálica fetal excessiva na tentativa de extração pelo ombro anterior. Fraturas de clavícula também ocorrem com frequência, porém acredita-se que isoladas não possuam grande relevância clínica (Tsikouras et al., 2024). Mesmo que 42,5% dos casos de distócia tenham sido resolvidos sem manobras, a tentativa prolongada do parto distócico sem a aplicação das manobras foi associada a taxas mais elevadas de morbidade neonatal, incluindo lesão de plexo braquial. Estes dados sugerem um treinamento inadequado do manejo da distócia de ombros. No entanto, ao avaliar o aumento da aplicação das manobras rotacionais observou-se uma diminuição das complicações neonatais (Heinonen et al., 2024). Já as complicações maternas mais frequentemente associadas a distócia

de ombros são a hemorragia pós-parto, lesões de trato urinário e lacerações complicadas (FEBRASGO, 2022).

5.3. Algoritmos Atuais e Suas Aplicações

Entidades como ACOG e RCOG propuseram um algoritmo em que prioriza-se iniciar o manejo da distócia de ombros pelas manobras externas. Em 2015 o Helsinki University Women's Hospital formulou um treinamento para as emergências obstétricas. A distócia de ombros é um dos principais temas do treinamento, a qual foi realizada uma abordagem padronizada e gradual com uma sequência, tendo como principais passos respectivamente: solicitar ajuda/ mobilizar equipe, aplicar manobra de McRoberts, realizar episiotomia (se necessário), aplicar pressão suprapúbica, tentar manobras internas (Woods e Rubin), parto do braço posterior, se não obter sucesso repetir manobras ou posição de quatro apoios. A instrução dada aos participantes foi sempre tentar primeiro a posição de McRoberts e a pressão suprapúbica, caso essas manobras falhem, eles são orientados a seguirem a técnica que presumem ser mais eficaz. Os profissionais também são orientados a evitar manobras perigosas como a pressão no fundo do útero e o uso de força e tração em excesso devido ao risco de complicações (Lau et al., 2024; Kaijomaa et al., 2022). A FEBRASGO em sua declaração de posicionamento em relação ao manejo da distocia de ombros também orienta iniciar pela posição de McRoberts e Rubin I, seguindo para as manobras rotacionais internas, caso as externas não resolvam, porém contraindica o uso de episiotomia, sendo reservada a casos de resistência perineal que dificulta as manobras, além de também orientar cateterização vesical se necessário. Porém admite que as evidências sobre a eficácia e sequência das manobras ainda é escassa (FEBRASGO, 2022). A ideia de que as manobras

externas são mais simples e seguras não se baseia em evidências científicas de alto nível. As manobras internas mostram maior eficácia na resolução da distócia, comparadas as manobras externas e não demonstraram maior risco quando realizadas corretamente (Lau et al., 2024).

6. CONCLUSÃO

O conhecimento a respeito dos princípios biomecânicos envolvidos na distócia de ombros é primordial para orientar a escolha e execução das manobras de resolução. As evidências demonstram que as diferentes manobras atuam em mecanismos distintos, como modificação da configuração pélvica materna, a rotação dos ombros fetais e a redução do diâmetro biacromial. Embora as manobras externas (McRoberts e Rubin I) sejam tradicionalmente priorizadas nos algoritmos, as evidências encontradas demonstram taxas de sucesso relevantes para as manobras internas, em especial a extração do braço posterior, questionando a sequência tradicional como estratégia mais eficaz para todos os casos. Nesse contexto, o conhecimento da posição dos ombros e do mecanismo da impactação pode favorecer uma tomada de decisão mais individualizada, reduzindo tentativas inadequadas, tração cefálica excessiva e o risco de lesões maternas e neonatais. O conhecimento da biomecânica também reforça a necessidade de evitar a aplicação indiscriminada de tração cefálica durante o manejo da distócia. Entretanto, alguma tração axial pode ser necessária para avaliação e manejo. A aplicação de forças laterais, descendentes ou excessivas deve ser evitada devido ao risco de complicações fetais. A necessidade de treinamento sistemático se destaca, uma vez que a resolução adequada não depende apenas do conhecimento teórico das manobras, mas também de sua execução coordenada e

oportuna pela equipe. Apesar dos achados, a literatura ainda é limitada pela predominância de estudos observacionais e pela ausência de comparações robustas entre as diferentes técnicas, especialmente em relação à melhor sequência de utilização das manobras. Dessa forma, a abordagem da distócia de ombros não deve ser restrita à aplicação rígida de um algoritmo, mas deve considerar a interação entre a posição fetal, anatomia materna, o mecanismo de impactação e a experiência da equipe, tendo a compreensão biomecânica como elemento fundamental para uma assistência mais individualizada e segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, Edith Gurewitsch. Prescriptive and proscriptive lessons for managing shoulder dystocia: a technical and videographical tutorial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 230, n. 3, p. S1014-S1026, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.03.016.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Management of shoulder dystocia. *FEBRASGO Position Statement*, n. 7, jul. 2022. DOI: 10.1055/s-0042-1755446.

HEINONEN, Karin; SAISTO, Terhi; GISSLER, Mika; SARVILINNA, Nanna. Maternal and neonatal complications of shoulder dystocia with a focus on obstetric maneuvers: a case-control study of 1103 deliveries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 103, n. 10, p. 1965-1974, 2024. DOI: 10.1111/aogs.14780.

KAIJOMAA, Marja; GISSLER, Mika; ÄYRÄS, Outi; STEN, Assi; GRAHN, Petra. Impact of simulation training on the management of shoulder dystocia and incidence of permanent brachial plexus birth injury: an observational study. *BJOG: An International Journal of*

Obstetrics & Gynaecology, v. 130, n. 1, p. 70-77, 2023. DOI: 10.1111/1471-0528.17278.

LAU, So Ling; SIN, Wing To Angela; WONG, Lo; LEE, Nikki May Wing; HUI, Shuk Yi Annie; LEUNG, Tak Yeung. A critical evaluation of the external and internal maneuvers for resolution of shoulder dystocia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 230, n. 3, p. S1027-S1043, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.01.016.

TSIKOURAS, Panagiotis et al. Shoulder dystocia: a comprehensive literature review on diagnosis, prevention, complications, prognosis, and management. *Journal of Personalized Medicine*, v. 14, n. 6, p. 586, 2024. DOI: 10.3390/jpm14060586.

¹ Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher com Ênfase em
Ginecologia e Obstetrícia - Faculdade IDE

² Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher com Ênfase em
Ginecologia e Obstetrícia - Faculdade IDE