



O EMPODERAMENTO DA MULHER NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

WOMAN'S EMPOWERMENT IN PLANNED CHILDBIRTH AT HOME

EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER EN EL PARTO DOMICILIARIO PLANEADO

Joanne de Paula Nascimento¹, Diego Vieira de Mattos², Maria Eliane Liégio Matão³, Cleusa Alves Martins⁴, Paula Ávila Moraes⁵

RESUMO

Objetivo: analisar fatores que influenciam as mulheres na opção pelo Parto Domiciliar Planejado. **Método:** estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com base no referencial da Teoria Fundamentada em Dados. A produção de dados ocorreu em Goiânia/GO, com 14 mulheres que tiveram parto normal domiciliar planejado. As entrevistas foram realizadas utilizando gravador de voz. Após a transcrição na íntegra, os discursos foram separados por semelhança e estruturados em categorias. Com a finalidade de manter a integridade das respondentes, todas receberam pseudônimos. **Resultados:** na análise dos dados, emergiram duas categorias temáticas: Medo e Fuga x Empoderamento. **Conclusão:** as mulheres optam pelo Parto Domiciliar Planejado e a construção do desejo da mulher e de sua família é permeada por vários símbolos e significados que ligam a gestação a um evento natural que faz parte do ciclo da vida, onde assumem uma postura questionadora do atual modelo de atenção ao parto e nascimento. **Descritores:** Parto Domiciliar; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze factors that influence women in the choice of planned home birth. **Method:** descriptive, exploratory study with a qualitative approach, based on the framework of Grounded Theory in data. The production data occurred in Goiânia / GO, with 14 women who had planned home normal birth. The interviews were conducted using voice recorder. After transcription in full, the speeches were separated by similarity and structured categories. To maintain the integrity of all respondents were given pseudonyms. **Results:** in the data analysis emerged two thematic categories: Fear and Fugue x Empowerment. **Conclusion:** women opt for planned home birth, the construction of the desire of women and family is permeated by various symbols and meanings that bind pregnancy to a natural event that is part of the life cycle, take a questioning stance of the current model of care the labor and birth. Keywords: Childbirth Homecare; Humanized birth; Obstetric. **Descriptors:** Home Childbirth; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar factores que influyen en las mujeres en la opción por el parto domiciliario planeado. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, de enfoque cualitativo, fundamentado en el referencial de la Teoría Fundamentada en Datos. La producción de datos fue en Goiânia/GO, con 14 mujeres que tuvieron parto normal domiciliario planeado. Las entrevistas fueron realizadas utilizando gravador de voz. Después de la transcripción en su íntegra, los discursos fueron separados por semejanza y estructurados en categorías. Con la finalidad de mantener la integridad de las respondientes todas recibieron pseudónimos. **Resultados:** en el análisis de los datos surgieron dos categorías temáticas: Miedo y Fuga x Empoderamiento. **Conclusión:** las mujeres optan por parto domiciliario planeado, la construcción del deseo de la mujer y la familia es permeada por varios símbolos y significados que ligam la gestación a un evento natural que es parte del ciclo de la vida, asumen una postura cuestionadora del actual modelo de atención al parto y nacimiento. **Descriptores:** Parto Domiciliario; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica.

¹Enfermeira Obstetra, Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris em Goiânia. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: 18paulajo@gmail.com;

²Enfermeiro Obstetra, Doutorando em Psicologia, Presidente da ABENFO-Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: diegovmattos@hotmail.com;

³Enfermeira Obstetra, Doutora em Psicologia, Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da PUC/GO. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: liegio@ih.com.br;

⁴Enfermeira Obstetra, Doutora em Enfermagem, Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/UFGO. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cleusa.alves@gmail.com;

⁵Enfermeira Obstetra da Equipe Renascer de Parto Humanizado, Goiânia (GO), Brasil. E-mail: paulaavilamoraes@gmail.com

INTRODUÇÃO

O parto é uma condição da mulher, um processo natural na história da população humana. A gestação e o parto constituem uma das experiências humanas mais significativas e impactantes para o corpo feminino, que podem ter resultados positivos ou negativos, influenciando em experiências futuras.^{1,3}

Durante a trajetória de vida, a mulher passa por diversos processos que favorecem mudanças em seu comportamento, e, nesse sentido, o parto constitui um evento de grandes transformações para a parturiente, no entanto a autonomia e a sua decisão sobre o seu corpo deve prevalecer no momento de parir seu filho.²

Para as mulheres, os acontecimentos que envolvem o processo de parto e nascimento no contexto hospitalar marcam uma atmosfera de risco, sofrimento, frustração de expectativas, violência física ou simbólica e dolorosa, gerando para a mulher e sua família uma situação desgastante, o que dificulta transformar essa experiência em algo positivo, gratificante e saudável.⁴

Durante as décadas de 60 a 90, no processo de parto e nascimento, prevaleceu o modelo tecnocrático, trazendo consigo a institucionalização do parto, utilização abusiva de tecnologias invasivas, incorporação de grande número de intervenções, muitas vezes desnecessárias, tendo como consequências: altas taxas de cesarianas, monitoramento fetal, episiotomia, indução do parto com ocitócico, dentre outras condutas.⁵

Em 2012, dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc) indicaram que o número de cesáreas correspondeu a 55,6% dos partos realizados no país e que, aproximadamente, 98% dos partos ocorreram dentro de instituição de saúde. Os partos domiciliares notificados estão incluídos entre os partos ocorridos no trajeto ou entre os domiciliares acidentais.^{6,10}

O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê. Por conseguinte, significa buscar ser o menos invasivo possível e utilizar a tecnologia de forma apropriada, constituindo uma assistência que se caracterize por acompanhamento contínuo do processo de parturição.⁴

O ato de humanizar a assistência à mulher no processo de parturição aponta para a atenção voltada à mulher e à família em sua singularidade, com necessidades específicas, que vão além de questões biológicas e abrangem as condições sociais, éticas,

O empoderamento da mulher no parto domiciliar...

educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos.⁷

Desde a década de 2000, ocorreram grandes mudanças no cenário da assistência obstétrica, são retomados valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, apontando para o resgate do modelo histórico do nascimento, trazendo novamente o ambiente domiciliar como local propício para o parto. Nesse contexto, enfermeiros obstetras despontam na ascensão ao parto domiciliar planejado, visando retomar a qualidade da assistência à parturição para a parturiente e o recém-nascido.⁸

No Brasil, o termo Parto Domiciliar Planejado é usado para conceituar aqueles nascimentos que acontecem em domicílio, é uma decisão programada pela mãe, juntamente com o profissional de saúde - enfermeiro obstetra ou médico - responsável pela assistência a ser prestada e que acompanhou previamente o pré-natal, prevenindo, assim, os fatores de risco durante o processo parturitivo. Essa modalidade de parto e nascimento permite maior controle do ambiente por parte do profissional, da parturiente e dos familiares envolvidos no evento do parto.⁹

Assim, o parto domiciliar desponta resgatando o modelo de parto fisiológico, historicamente compatível com o processo parturitivo. Todavia, essa tendência revela uma realidade com grandes desafios, requisições e dilemas para as mulheres que optam por esse tipo de assistência. Nessa perspectiva, o estudo tem por objetivo analisar fatores que influenciam as mulheres na opção pelo parto domiciliar planejado.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando como referencial teórico metodológico a Teoria Fundamentada em Dados/TFD. As participantes do estudo foram 14 mulheres, residentes em Goiânia (GO), que tiveram parto normal domiciliar planejado. A amostragem foi norteadada por saturação dos dados e a coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada, durante o mês de dezembro de 2015.

Como critérios de inclusão, incluíram-se mulheres que tiveram seu parto em casa de forma planejada, com assistência de uma equipe profissional de saúde. Foram excluídas as mulheres que não residiam em Goiânia, ou que não tiveram o desfecho final do parto em domicílio.

Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL et al.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, utilizando gravador de voz. Após a transcrição na íntegra, os discursos foram separados por semelhança e estruturados duas categorias: Medo e Fuga x Empoderamento.

Com a finalidade de manter a integridade das respondentes, todas receberam pseudônimos.

O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o CAAE 35107814.4.0000.5078, e atendeu aos requisitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes

O empoderamento da mulher no parto domiciliar...

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Conhecendo o perfil das entrevistas, identificou-se que 85,7% das mulheres eram casadas; 64,3% tinham ensino superior completo; 50% realizaram parto domiciliar na primeira gestação e 64,3% realizaram no mínimo de oito a treze consultas de pré-natal.

Na análise dos depoimentos, identificou-se o empoderamento das mulheres para a decisão pelo parto em casa, da qual emergiram duas categorias: Medo e Fuga x Empoderamento.

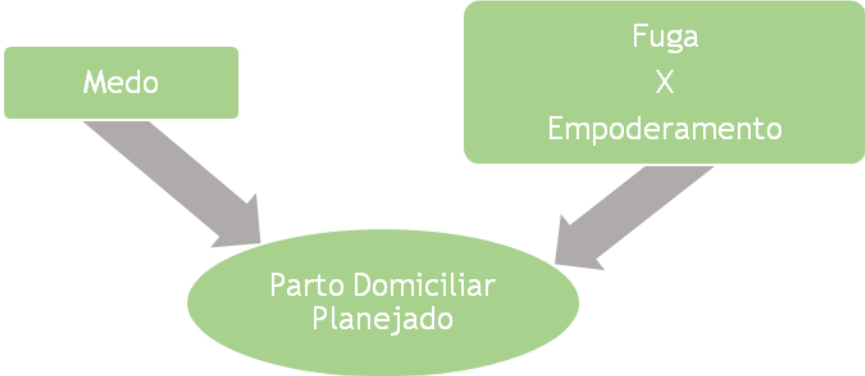


Figura 1: Representação gráfica das categorias

♦ Medo

A gravidez, o parto e o puerpério são eventos que integram a vida reprodutiva das mulheres. Constituem uma experiência singular na vida da mulher e do parceiro, e também envolvem a família. Embora o parto e o nascimento sejam eventos biológicos, ocorrem acompanhados por outros fatores que geram implicações psicoemocionais, culturais, sociais e econômicas.

No século XIX, a influência da industrialização e a medicalização da saúde contribuíram para a transferência do parto no domicílio para o cenário hospitalar. Essa abordagem biomédica provocou mudanças no processo assistencial e no comportamento da mulher, que fazem com que a gestante se molde à nova postura social e submerja sua autonomia durante o processo parturitivo.

Logo, o empoderamento da mulher durante seu parto torna-se uma ferramenta de poder conferida ao profissional de saúde, o qual, por vezes, lança mão de intervenções desnecessárias, condutas que comprometem a fisiologia do organismo feminino, com a finalidade de acelerar o processo natural do parto. Nesse sentido, muitas mulheres relataram o medo de parir em uma instituição hospitalar, devido ao trauma desagradável de situações vivenciadas:

Primeiro, eu tenho muito medo de hospital, eu tenho muito trauma pelo que eu vivi na morte da minha mãe, não gosto de hospital e só vou ao hospital se eu tiver muito ruim. Então, assim, juntou o útil ao agradável [...]. (E2)

Desde quando eu engravidei, eu nunca pensei em ir para o hospital, até porque a minha experiência em hospital também tinha sido terrível, né! Aí, quando eu descobri que existia o parto domiciliar planejado, eu quis em casa. (E10)

A humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos estruturais, profissionais e familiares. Assim, o ambiente hospitalar ainda é percebido por algumas mulheres como sinônimo de doença, sendo desassociado do significado de parto e nascimento:

É assim, eu sou uma pessoa que não gosto, que não me sinto bem em hospital, eu não acho que hospital é lugar de vida, gente que está ali para vida [sic] se torna mais susceptível à infecção e tal [...]. (E4)

O ambiente hospitalar para mim não é um ambiente tranquilo, é cheio de gente doente, lugar cheio de infecção [...] lugar triste. (E7)

Porque eu não gosto de hospital e, quando a gente vai conhecendo o ambiente hospitalar, tem mais noção dos riscos de infecção, mas muita gente pensa o contrário, né? Acha que em casa você tem mais bactérias, que você vai pegar uma

Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL et al.

infecção. Pelo contrário, porque ali em casa você conhece tudo, seu organismo está acostumado. (E6)

As participantes relataram situações de partos traumáticos na família, sentimentos de medo e insegurança, pouca autonomia da mulher relacionada à falta de controle do risco de infecção no ambiente hospitalar.

♦ Fuga X Empoderamento

Para muitas mulheres, os acontecimentos que envolvem o processo de parto e nascimento no contexto hospitalar marcam uma atmosfera de risco, sofrimento, frustração e de violência física ou psicológica, ocasionando para elas uma experiência desgastante e dolorosa.

Com o advento da tecnologia, muitos procedimentos passaram a ser utilizados sem evidências científicas, e os resultados negativos do tecnicismo refletiram na “epidemia de cesarianas”, aumento na taxa de morbimortalidade materna e perinatal e insatisfação das usuárias, levando-as a optar pelo Parto Domiciliar Planejado como um mecanismo de empoderamento:

Aí, eu não queria de jeito nenhuma [sic] ir para a maternidade, porque eu sabia indiretamente. Eu tinha isso comigo, todo mundo que eu conhecia que foi e até as que queriam e chegaram a entrar em trabalho de parto no hospital acabaram caindo numa cesariana. Aí, as pessoas vinham com aquela coisa de que ah! Eu não dilatei! Por que não dilatou? (E6)

Identificaram-se queixas referentes ao excesso de intervenções, ao controle do tempo de dilatação e à imposição da dinâmica do parto, isso explica os altos índices de procedimentos que se subrepõem à fisiologia e alteram o curso fisiológico do trabalho de parto e parto, o que pode desencadear uma cascata de eventos em que uma intervenção condiciona a outra de maneira sucessiva.⁹ Para algumas entrevistadas, o parto em casa seria uma forma de fugir de intervenções como a episiotomia:

Porque eu fiquei com medo da intervenção, fiquei com medo da episiotomia, ainda mais que eu lia o quão era feito desnecessariamente, [...] eu tinha medo de na hora da dor do trabalho de parto [sic] já estava acontecendo e eu não conseguir me impor em respeito a isso. (E5)

E eu achava assim: “Gente, se eu for para o hospital, o povo vai me cortar, porque vai começar um monte de intervenções”, e eu tinha muito medo da episio [sic]. (E14)

A assistência humanizada ao parto significa colocar a mulher no controle, proporcionando-lhe um sentimento de segurança durante esse processo, além de cuidados ao seu filho. No

O empoderamento da mulher no parto domiciliar...

modelo hospitalar, a decisão por intervenções obstétricas e neonatais, muitas vezes, fica condicionada à conduta do profissional que assiste o parto:

Primeiro, o medo de sofrer uma violência obstétrica, o ambiente hospitalar para mim não é um ambiente tranquilo, a sensação de segurança dentro de casa pra mim foi maior. E a intervenção pesou mais. Ter o direito de escolher por mais que eu levasse um plano de parto, por mais que eu soubesse que a equipe é humanizada, na hora que ela saísse de perto de mim, eu não ia ter controle. Então, acho que essa sensação de segurança em casa me fez escolher. (E7)

O medo da violência obstétrica e, principalmente, a violência com o neonato também. A minha filha mais velha nasceu de uma cesárea desnecessária. Eu não sabia sequer de quantas semanas um bebê deveria nascer, a médica a tirou com 37 semanas e 5 dias, e foi colírio de nitrato de prata, foi distanciamento mão e filha, uma série de coisas. Eu queria passar por um parto normal, mas, ao mesmo tempo, eu tinha medo de ir para maternidade [sic] e sofrer violência obstétrica. (E11)

Eles tratam a mulher parindo como uma pessoa que está sem controle da sua sanidade, é uma pessoa totalmente sem direito à autonomia do próprio corpo. Então, o conhecimento médico toma totalmente o nosso lugar, e as intervenções na criança, que eu sabia que poderiam ser desnecessárias. E eu não queria comprar essa briga no hospital, eu tinha medo da retaliação. De repente, levar um plano de parto, e a pessoa me destratando justamente pra me provar que o controle não era meu. (E5)

A assistência ao parto humanizado implica a atuação do profissional, visando o respeito aos aspectos fisiológicos, evitando intervenções desnecessárias, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento e respeitando a autonomia da mulher durante todo o processo, garantindo-lhe o direito a um acompanhante de livre escolha e informações sobre todos os procedimentos aos quais ela será submetida.¹¹

Ou seja, assegurar à mulher a autonomia para decidir ativamente sobre seu próprio cuidado. Nessa vivência, a equipe profissional atua como facilitadora de um processo natural, no qual a mulher é preparada durante toda a vida.¹²

DISCUSSÃO

As entrevistas explicitaram o sentimento de medo do ambiente hospitalar, relacionado ao receio de uma cesárea desnecessária e intervenções excessivas na própria mulher e

Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL et al.

no neonato, e a escolha pelo Parto Domiciliar Planejado como fuga das intervenções.

A construção social de que o hospital é o local adequado para o parto o configurou como o ambiente natural para atenção ao parto e de todas as ações e intervenções associadas a esse processo, de forma que o ato de parir fora desse ambiente é considerado anormal e acidental, sendo inclusive associado à falta de assistência.²

O Brasil é um dos líderes mundiais em cesarianas, e as repercussões disso são bastante sérias: as cesáreas acarretam risco quatro vezes maior de infecção puerperal, risco três vezes maior de morbidade e mortalidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, maior período de separação entre mãe/bebê (com retardo do início da amamentação) e elevação de gastos para o sistema de saúde. Além disso, as cesáreas ocasionam uma recuperação mais difícil da mãe.¹³

Assim, a humanização e a qualidade na assistência prestada são condições essenciais para que ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres em relação à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado, visando à melhoria da qualidade de vida da mãe e do recém-nascido.¹⁴

O humanismo tem como objetivo não seguir o modelo convencional de assistência, elevando a mulher ao status de sujeito atuante no processo do parto, dando-lhe direito a escolhas, valorizando a participação da família e procurando incentivar ao máximo a participação ativa do acompanhante na hora do parto.

O país apresenta um movimento de mudança na assistência ao parto, retomando as práticas culturais em que a gestante busca o parto em casa, conhecido por Parto Domiciliar Planejado. Nesse sentido, a residência apresenta-se como um ambiente seguro e viável para a mulher dar à luz. Essa modalidade de assistência permite maior controle do ambiente por parte da parturiente e dos familiares envolvidos no evento do parto.⁹

Segundo a maioria das entrevistadas, o hospital não é um local adequado para o parto e nascimento. Por conseguinte, elas optaram pelo Parto Domiciliar Planejado por causa da segurança que sentem em casa e da confiança de que assim a equipe de saúde respeitaria sua autonomia durante todo o processo.

O empoderamento da mulher no parto domiciliar...

CONCLUSÃO

O melhor local para o parto é aquele em que a mulher se sinta segura, podendo ser no domicílio, em um Centro de Parto Normal ou em um hospital maternidade. A residência é um ambiente seguro para o nascimento, desde que seja uma decisão da mulher e de sua família e que o processo seja acompanhado por uma equipe especializada.

O estudo mostrou que as mulheres optam pelo Parto Domiciliar Planejado e que a construção do desejo da mulher e de sua família é permeada por vários símbolos e significados que ligam a gestação a um evento natural que faz parte do ciclo da vida, onde assumem uma postura questionadora do atual modelo de atenção ao parto e nascimento.

Portanto, o empoderamento natural da gestante e a autonomia na escolha pela melhor forma de parto e assistência ao neonato representam conquistas de liberdade para as usuárias do SUS, levando em conta que o ambiente hospitalar representa uma instituição hostil e ameaçadora para muitas mulheres, que sonham em ter um parto respeitoso e natural.

REFERÊNCIAS

1. Rezende J, Montenegro CB. Obstetrícia fundamental. 13th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Castro CM. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. Cad saúde coletiva [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 21]; 23(1):69-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>
3. Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, Reis PED, Leon CGRMP, Funghetto SS. Parto humanizado: uma realidade na casa de parto. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2011 Jan/Feb [cited 2016 Mar 23];5(1):67-74. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewFile/1207/pdf_277
4. Mattos DV, Vandenberghe L, Martins CA. The obstetric nurse in a planned household birth. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 Mar];10(2):568-75. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/8587/pdf_9598
5. Vasconcelos KL, Martins CA, Mattos DV, Tyrrel MAR, Bezerra ALQ, Porto J. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. Rev enferm UFPE on

Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL et al.

line [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Mar 15]; 7(2):619-24. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/download/3717/5429>.

6. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? Cad saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 23];22(1):46-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>

7. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Information for the option of planned home birth: women's right to choose. Texto contexto-enferm [Internet]. 2014 July/Sept [cited 2016 Mar 23];23(3):665-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf

8. Nascimento NM, Progiatti JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMC. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2016 Mar 21];14(3):456-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a04.pdf>

9. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Mar 23];12(4):765-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>

10. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. Texto contexto-enferm [Internet]. 2015 July/Sept [cited 2016 Mar 26];24(3):875-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00875.pdf

11. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005 July/Sept [cited 2016 Mar 22];10 (3):669-705. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>

12. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 Jan/Feb [cited 2016 Mar 24];64 (1):60-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a09.pdf>

O empoderamento da mulher no parto domiciliar...

13. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad Saúde Pública [Internet]. 2002 Sept/Oct [cited 2016 Mar 25];18 (5):1303-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>

14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Dec 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

Submissão: 28/04/2016

Aceito: 13/10/2016

Publicado: 15/11/2016

Correspondência

Joanne de Paula Nascimento
Rua Paissandú, 295
Bairro Ipiranga
CEP 32676-295 – Goiânia (GO), Brasil