



ORIGINAL ARTICLE

NATURAL CHILDBIRTH X CESAREAN SECTIONS: CHOICE OR NECESSITY?

PARTO NORMAL X PARTO CESÁRIO: ESCOLHA OU NECESSIDADE?

EL PARTO NATURAL X CESÁREAS: ELECCIÓN O NECESIDAD?

Anne Kerlly Brito da Silva¹, Jamile Daltro Pereira², José de Vasconcelos Carvalho Júnior³

ABSTRACT

Objective: to analyze aspects related to the preferred route of delivery among pregnant women in the city of Arcoverde. **Methodology:** this is a cross sectional and descriptive study compared with 71 pregnant women by addressing the basic health units (BHU) in the period from November to December, 2009. The sample was chosen for the convenience for its size, with a confidence interval of 95% and using the chi-square. Data were collected through interviews with the studied population at UBS, with a form that established relationship with the variables. The project was appraised and approved by the Ethics Committee of the Educational Authority of Belo Jardim - AEB, under the Protocol 41_2009. **Results:** from the pregnant women studied, 63% preferred vaginal delivery; the majority reported it was due to the faster recovery; 37% reported a preference for surgical delivery due to the chance of tubal ligation. **Conclusion:** It can be seen that, even with the prevailing choice for vaginal delivery, the rate of preference for cesarean delivery was still high when compared to the percentage given by the World Health Organization. We also observed that, during prenatal sessions, most pregnant women did not obtain information and guidance about the importance of normal birth. **Descriptors:** delivery, obstetric; patient satisfaction; natural childbirth, reproductive medicine.

RESUMO

Objetivo: analisar aspectos relacionados à preferência pela via de parto entre as gestantes do município de Arcoverde. **Metodologia:** estudo transversal e descritivo abordando comparativamente 71 gestantes usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no período de novembro a dezembro de 2009. Escolheu-se a amostra por conveniência para seu tamanho com intervalo de confiança de 95% utilizando o teste qui-quadrado. Os dados foram coletados no através de entrevista com a população em estudo na UBS, com formulário que estabeleceu relação com as variáveis. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Autarquia Educacional de Belo Jardim - AEB, sob o protocolo nº 41_2009. **Resultados:** das gestantes estudadas, 63% preferiam o parto vaginal e a maioria relatou ser devido à recuperação mais rápida; 37% relataram a preferência pelo parto cirúrgico devido à oportunidade de laqueadura. **Conclusão:** Pode-se constatar que, mesmo prevalecendo a escolha pelo parto normal, a taxa de preferência por cesariana ainda foi alta tendo em vista o percentual da OMS. Observou-se também que no pré-natal a maioria das gestantes não obtinha informação e orientação acerca da importância do parto normal. **Descritores:** parto obstétrico; satisfação do paciente; parto normal; medicina reprodutiva.

RESUMEN

Objetivo: analizar los aspectos relacionados con la ruta preferida de parto entre las mujeres embarazadas en la ciudad de Arcoverde. **Metodología:** estudio transversal y descriptivo, fueron comparados 71 mujeres embarazadas abordando las unidades básicas de salud (UBS) en el período de noviembre a diciembre de 2009. Fue elegido para el tamaño de muestra de conveniencia con un intervalo de confianza del 95%, utilizando la prueba chi-cuadrado. Los datos fueron colectados a través de entrevistas con la población de estudio de UBS, con la forma que establece la relación con las variables. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Autoridad para la Educación de Belo Jardim - AEB, en el marco del Protocolo 41_2009. **Resultados:** de las gestantes estudiadas, el 63% prefiere el parto vaginal, la mayoría informó que, debido a una recuperación más rápida, el 37% informó de una preferencia por el parto quirúrgico, debido a la posibilidad de la ligadura de trompas. **Conclusión:** se puede observar que incluso la elección predominante para el parto vaginal, la tasa de preferencia por el parto por cesárea sigue siendo elevada teniendo en cuenta el porcentaje de la OMS. También se observó que las mujeres embarazadas en el prenatal no obtuvieron la información y orientación acerca de la importancia del parto normal. **Descriptores:** entrega de parto; satisfacción del paciente; medicina del parto; la reproducción.

^{1,2}Enfermeiras pela Escola Superior de Saúde de Arcoverde. Arcoverde (PE), Brasil. E-mails: kerllyarcoverde@hotmail.com; jamiled@hotmail.com;

³Docente da Escola Superior de Saúde de Arcoverde-ESSA. Especialista em Obstetrícia pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduado em Metodologia do Ensino Superior/ UPE. Pós-graduado em Pedagogia em Saúde pelo Ministério da Saúde. Brasília (DFF), Brasil. E-mail: junivasco@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A gestação e o parto não representam apenas um acontecimento fisiológico, sendo caracterizado como um processo sociodemográfico, econômico, social e cultural de uma sociedade. A escolha do tipo de parto pela gestante é assunto atual, complexo e polêmico, porém é pouco abordado. Ao se aproximar da hora do parto, a gestante sente-se insegura e preocupada com um trabalho de parto complicado e doloroso, com medo do seu desfecho e também apreensiva a respeito do seu bem estar e do seu bebê.

O parto pode ser uma das experiências que mais alteram a vida de uma mulher. A experiência do parto vai além dos aspectos fisiológicos, influenciando sua autoconfiança, autoestima e sua visão sobre a vida, seus relacionamentos e seus filhos. Para muitas mulheres, o parto no século XXI tornou-se uma “intervenção invasiva” projetada para iniciar, continuar e terminar o trabalho de parto por meio de controle clínico, em vez de permitir o processo de nascimento natural e normal.¹

A “cesárea a pedido” tem sido implicada como uma das causas do crescente aumento de partos cesarianas. Os índices de cesarianas aumentaram em diversos países, atingindo 26%, nos Estados Unidos, 21,3%, na Inglaterra, 23,9%, na Irlanda do Norte e 19%, no Canadá.²

Nos últimos anos a taxa de cesárea no Brasil diminuiu discretamente de 40,3% em 1996 para 38,6% em 2002. Já no Nordeste, a taxa em 1996 foi de 25%, com uma pequena elevação em 2002 para 26,9%, para a qual Pernambuco teve considerada participação, com taxa de 27,5% em 1996 e 31,1% em 2002.³

Besio, após enumerar justificativas para as altas taxas de cesárea, defende as razões para que os partos sejam vaginais. Para ele, a gravidez e o parto são processos naturais que acontecem por si mesmos, não necessitando da intervenção de terceiros. A cesárea seria uma intervenção médica sobre um processo que a natureza resolve e regula sem artifícios. A cesárea é um procedimento cirúrgico que foi desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto.⁴

Sob a defesa do discurso feminista acerca do direito da mulher à escolha do parto, a prática obstétrica apropria-se desse discurso para justificar o pedido da gestante para a realização da cesariana (“cesárea a pedido”). Porém, a aparente “liberdade de escolha” conferida à mulher é, muitas vezes,

acompanhada da falta de informações adequadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento.⁵

A maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser rejeitada quando não há indicação médica porque implica maior risco de complicações para mãe e filho; outros dão preferência ao parto cirúrgico em qualquer circunstância, baseados na suposta segurança fornecida por novas técnicas de anestesia e aprimoramento da técnica cirúrgica.⁶

Na sociedade brasileira, a demanda por laqueadura tubária concomitante à cesárea é também apontada como responsável por essas altas taxas. Além disso, outros fatores como preservação da anatomia da vagina para as relações sexuais, falta de acesso da população à informação sobre os riscos das cirurgias obstétricas, conveniência médica e falta de equipamentos adequados para monitorização fetal e materna também contribuem para a elevação dessa taxa.⁷ Um trabalho foi realizado em uma clínica privada na cidade de Osasco-SP, onde as gestantes se diziam pouco motivadas para parto vaginal e que a motivação para parto cesariano estava associada a influências como renda e tipo e grau de satisfação com o parto prévio.⁸

Embora Organização Mundial da Saúde (OMS) mostre, desde 1985, que uma taxa de cesariana maior que 15% é medicamente injustificável, altas taxas de cesariana são quase universais. Segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Arcoverde vem apresentando taxas de cesáreas superiores ao preconizado pela OMS, 40,9% em 2006, 44,2% em 2007, 45,2% em 2008 e 41,1% no primeiro semestre de 2009.⁹⁻¹⁰

Nesse contexto surgiu a indagação: será que elas preferem cesárea? Será que a preferência das gestantes pelo tipo de parto é levada em consideração, causando assim um número maior de partos cesáreos do que o indicado pela OMS?

Assim sendo, o objetivo da presente pesquisa foi estudar a escolha do tipo de via de parto preferido entre as gestantes do município de Arcoverde. Esse estudo reveste-se de importância no sentido em que poderá nortear discussões sobre o processo de humanização do trabalho de parto e as complicações de cesáreas realizadas sem indicação obstétrica, contribuindo para a valorização do parto normal por parte das gestantes e profissionais de saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo do tipo transversal e descritivo¹¹ realizado no município de Arcoverde, que situa-se a 258km da capital, com área de 353,38 km². Sua população é composta por 64.863 habitantes, acompanhados por dezessete Unidades de Saúde da Família (USF), sendo duas na zona rural e quinze na zona urbana. O município dispõe de atendimento obstétrico em dois hospitais, sendo um público e o outro privado.

A hipótese é que a preferência por parto cesáreo é de 43%.⁸ Escolheu-se a amostra por conveniência para seu tamanho, que foi determinado gerando 65 gestantes, com intervalo de confiança de 95% utilizando o teste qui-quadrado.

Foram considerados critérios de exclusão: idade gestacional menor que 28 semanas (visto que com a aproximação do trabalho de parto aumentam as expectativas), apresentação pélvica, gemelaridade, duas ou mais cesarianas prévias consecutivas, gestantes menores de 14 anos e maiores de 35 anos de idade, distúrbios de comportamento ou outras intercorrências clínicas graves, sendo esses critérios utilizados na classificação do SIS pré-natal em gestante de alto-risco. Para as gestantes menores de idade foram solicitadas autorização, por escrito, aos responsáveis para que elas pudessem participar do estudo. A participação da gestante era voluntária e a sua recusa em participar do estudo não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Autarquia Educacional de Belo Jardim - AEB, sob o protocolo nº 41_2009. Elaborou-se um banco de dados no qual as informações foram organizadas em planilhas, analisadas em frequências e porcentagens, avaliadas e apresentadas em tabelas e gráficos utilizando o Microsoft Excel 2007.

Segundo dados colhidos do SIS Pré-natal na Secretaria de Saúde do Município de Arcoverde-PE, foram analisadas a população acima descrita após aprovação do Comitê de Ética da Autarquia Educacional de Belo Jardim - AEB. Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2009 através de entrevista com a população em estudo na USB, com formulário que estabeleceu relação com as seguintes variáveis: fatores sócio demográficos e econômicos (faixa salarial, idade, escolaridade); antecedentes obstétricos (números de gestações, abortos, pré-natal); preferência pelo tipo de parto (vaginal ou cesárea); motivo pela preferência do tipo de parto; se obteve informação sobre o tipo de parto.

Realizou-se um estudo piloto com o objetivo de validar o instrumento de coleta de dados elaborado pelos autores, desenvolver os procedimentos de aplicação e testar o vocabulário empregado nas questões. Respeitaram-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A amostra final, após as exclusões, ficou constituída por setenta e uma gestantes estudadas. Nenhuma gestante se recusou a responder às questões propostas. Das 15 gestantes adolescentes e 56 gestantes adultas, houve um predomínio de mulheres negras, com nível de escolaridade baixo, que não possuíam ocupação profissional e com renda familiar de até um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das gestantes segundo a cor e as características demográficas. Arcoverde, 2009.

Variável	n(71)	(%)
Idade		
Menor ou igual a 20 anos	15	21
Maior ou igual a 21 anos	56	79
Grau de Instrução		
Analfabeta	07	10
1º Grau completo	17	24
1º Grau incompleto	21	30
2º Grau completo	18	25
2º Grau incompleto	06	08
Outros	02	03
Raça/ Cor		
Branca	09	13
Negra	62	87
Estado Civil		
Casada/ Estável	57	80

Solteira	14	20
Vínculo Empregatício		
Sim	13	18
Não	58	82
Renda mensal da família		
Até um salário mínimo	54	76
Até dois salários mínimos	13	18
Mais de dois salários mínimos	04	06

Fonte: Dados primários

De acordo com o número de gestações, 34% das gestantes estudadas eram primigestas, 66% delas tiveram duas ou mais gestações e 80% das mulheres referiram não ter sofrido nenhum aborto. Quanto à classificação da experiência de parturição prévia, 26% havia

feito cesariana, sendo 15% considerada como satisfatória e 11% insatisfatória; 74% haviam feito parto vaginal, sendo 55% considerada como satisfatória e 19% insatisfatória (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das gestantes de acordo com o antecedente obstétrico. Arcoverde, 2009.

Variável	n (71)	%
Número de Gestações		
Uma	24	34
Duas ou mais	47	66
Número de Aborto		
Nenhum	57	80
Um ou mais abortos	14	20
Intervalo Interpartal (Não se aplica às primigestas)		
Menor que dois anos	10	21
Maior ou igual a dois anos	37	79
Realizou pré-natal (Não se aplica às primigestas)		
Sim	47	100
Tipo de Parto (Não se aplica às primigestas)		
Vaginal	35	74
Cesáreo	12	26
Considerou experiência prévia boa (Não se aplica às primigestas)		
Sim	33	70
Não	14	30
Época da escolha do tipo de parto - semana gestacional (Não se aplica às primigestas)		
20-34	12	26
35-39	02	04
40-42	33	70
Tipo de hospital - Parto prévio (Não se aplica às primigestas)		
Público	46	98
Filantropico	01	02

Fonte: Dados Primários.

Segundo as mulheres que participaram desta pesquisa, constatou-se que 58% estavam entre 28 a 34 semanas gestacionais, 89% tinham realizado mais de três consultas de

pré- natal e, quando questionadas sobre a orientação quanto à via de parto, 51% das gestantes afirmaram que não receberam nenhuma orientação (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das gestantes de acordo com dados da gestação atual. Arcoverde, 2009.

Variável	n (71)	%
Idade Gestacional		
28-34	41	58
35-39	27	38
40-42	03	04
Números de consultas Pré-Natal		
Uma	01	01
Duas	07	10
Três ou mais	63	89
Qual via de parto foi orientado		
Vaginal	32	45
Cesáreo	02	03
Não obteve orientação	36	51
Os dois tipos via de parto	01	01

No total, 63% das gestantes afirmaram preferir parto vaginal, enquanto as demais desejavam cesariana (Gráfico1). Ao serem

indagadas sobre o motivo da escolha pelo parto vaginal, dadas algumas opções, 60% das mulheres preferiam pela recuperação mais rápida; no entanto, ao serem interrogadas

Silva AKB da, Pereira JD, Carvalho Júnior JV.

Natural childbirth X cesarean sections: choice or...
sobre os motivos da preferência pelo parto
cesáreo, 42% das mulheres relataram ser
devido à oportunidade para laqueadura
(Tabela 4).



Figura 1. Distribuição das gestantes de acordo com a preferência pela via de parto. Arcoverde, 2009. Fonte: Dados Primários.

Tabela 4. Distribuição das gestantes de acordo com o motivo pela preferência pela via de parto. Arcoverde, 2009.

Variável	n (71)	%
Vaginal		
Medo da anestesia	01	02
Recuperação mais rápida	27	60
Experiência do parto anterior	14	31
Outros	03	07
Cesáreo		
Medo da dor	09	35
Oportunidade de laqueadura	11	42
Experiência do parto anterior	04	15
Outros	02	08

Fonte: Dados primários.

DISCUSSÃO

Entre as mulheres que participaram do estudo, houve predomínio do parto vaginal e a maioria relatou como sendo o principal motivo para essa preferência o fato de a recuperação ser mais rápida. Merece comentar que algumas mulheres estão bem informadas e têm o conceito de que o parto normal é fisiológico e apresenta-se sem risco para a mãe e bebê. A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e fundamental para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças.¹²

Já no que se refere à explicitação da preferência pela cesariana, embora não tenha predominado os índices verificados, ainda são considerados muito elevados tendo em vista o percentual estipulado pela Organização Mundial de Saúde para realização de parto cesáreo. O Brasil apresenta uma das mais elevadas incidências de cesárea de todo o mundo. Essas altas taxas existem por certos fatores, tais como: preferência da mulher, escolha do profissional e como método de esterilização definitiva. Enfatiza-se que o

principal argumento atualmente utilizado pelos que defendem o parto cesáreo como opção é que a escolha pode ser da mulher e que ela tem o direito de decidir qual a via de parto de sua preferência. Caberia ao médico somente aceitar a decisão de sua cliente.⁷

Na preferência por cesariana, o principal motivo foi a oportunidade pela laqueadura. Esterilização voluntária não era legalizada nem regulamentada no Brasil não e somente recentemente a legislação em saúde e direitos reprodutivos foi aprovada. Em 1997, a esterilização voluntária feminina e masculina foi regulamentada pela Portaria No. 144 do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei No. 9263, de 1996, dentro de um escopo maior sobre a legislação do planejamento familiar.^{13,14} O artigo principal da lei, com relação à esterilização, diz que:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce (Portaria Nº144, de 20 de Novembro de 1997, Resolução 3).

Silva AKB da, Pereira JD, Carvalho Júnior JV.

A orientação do pré-natal básico pode ajudar a gestante a administrar o processo do trabalho de parto e sentir-se no controle da experiência do nascimento. A literatura indica que, se uma gestante for preparada antes do trabalho de parto e do parto, é mais provável que o trabalho de parto seja normal ou natural (sem a necessidade de intervenção clínica).¹ O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.¹⁵ Isso inclui a preparação e orientação para o parto, destacando a atuação dos profissionais quanto à assistência prestada durante o pré-natal na orientação da via de parto, assunto sobre o qual, no presente estudo, a maioria das gestantes relatou não ter recebido nenhum tipo de orientação.¹⁶ Nesse contexto, na perspectiva de uma assistência integral e holística, a mulher parturiente não pode ser considerada apenas como mais uma, devendo ser compreendida em toda a sua singularidade.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a maioria das gestantes estudadas possuía conhecimento sobre o benefício do parto normal, justificado pelo fato da recuperação ser mais rápida. No entanto, pode-se constatar que a taxa de preferência por cesariana ainda foi alta tendo em vista o percentual da OMS. Observou-se também que no pré-natal a maioria das gestantes não obtinha informação e orientação acerca da importância do parto normal.

Os fatores encontrados no presente estudo associados à esta alta preferência pela cesárea apontam para a importância de intervenções e mudanças na assistência obstétrica e no pré-natal que venham a agir diretamente na orientação, segurança e satisfação do parto. Pode-se supor que as mulheres, recebendo orientações mais detalhadas, como, por exemplo, as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, poderiam estar instrumentalizadas para discutir e participar, sendo o agente principal de um momento tão importante da sua vida: o nascimento de um filho, ainda que a relação profissional de saúde-parturiente envolva aspectos complexos que vão além do poder de argumentação da mulher.

Observou-se a necessidade de verificar as demais causas relacionadas à alta taxa de cesáreas no município em estudo para que

Natural childbirth X cesarean sections: choice or...

sejam implementadas as devidas medidas para a diminuição desse índice.

REFERÊNCIAS

1. Ricci SS. Enfermagem Materno Neonatal e Saúde da Mulher: Tradução Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Guise JM, Hashima J, Osterweil P. Evidence-based vaginal birth after caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 19(1):117-30; 2005.
3. Ministério da Saúde. Número e proporção de nascidos vivos por tipo de parto cesárea, segundo Regiões e Estado de Residência da Mãe em 2002/2005[acesso em 2009 Mar 14] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_cesareo_sinasc.pdf.
4. Tedesco RP, Besio M. Cesárea versus parto vaginal: uma perspectiva ética. *Rev Med Chile*. 1999;127:1121-125.
5. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Oliveira BLM, Carvalho LZ, Silva NVJ da et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009 jul;[cited 2011 May 22]; 25(7):1587-596. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700017&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700017.
6. Faundes A, Pádua KS de, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH de. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública*[serial on the Internet]. 2004 Aug[cited 2011 May 22];38(4):488-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400002&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102004000400002.
7. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL de, Bourroul GM. RBGO: Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*[serial on the Internet]. 2004 Dec [cited 2011 May 22];26(10):791-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006&lng=en. doi: 10.1590/S0100-72032004001000006.
8. Faisal-cury A & Menezes PR. Preferência

Silva AKB da, Pereira JD, Carvalho Júnior JV.

Natural childbirth X cesarean sections: choice or...

pela cesariana. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):226-32.

9. Freitas PF, Drachlerb ML, Leite JCC, Grassic PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública[texto na internet]. 2005;39(5):761-67. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>

10. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC. Secretaria Epidemiológica. Arcoverde - PE; 2009.

11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 4 ed, 2002.

12. Ministério da saúde. Parto, Aborto e Puérpério. Assistência Humanizada à mulher. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Brasília, DF;2001

13. Brasil, 1997. Lei ordinária n o 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências, Brasília: Diário Oficial da União, August 20, 1997, p. 17989, col. 1.

13. Brasil 1997. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. Decree n. 144, November 20, 1997. Brasília: Diário Oficial da União, November 24, 1997, n. 227, section I, p. 27409.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

15. Almeida SMO, Silveira MFA. Humanizing delivery: progress and difficulties for its implementation. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2009 out/dez[acesso em 2011 Maio 22];3(4):160-68. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/105/105>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2000/10/08

Last received: 2011/03/02

Accepted: 2011/30/05

Publishing: 2011/06/01

Address for correspondence

Jamile Daltro Pereira
Rua Lago Dourado, 355
CEP: 48605-410 – Caminho dos Lagos
Paulo Afonso (BA), Brazil