

A representação social da primigesta em relação ao parto

The social representation of first pregnancy in relation to childbirth

Thais de Fátima Aissa¹, Maria do Vale Oba², Mary Cristina Ribeiro Lacôrte Ramos Pinto³, Rogério José Scandiuzzi⁴, Daniela Witter Soares⁵, Daniele Francelino Gomes⁶

Resumo

Objetivo: Conhecer as representações sociais das primigestas em relação ao tipo de parto. **Método:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, orientado pela Teoria das Representações Sociais. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada. A amostra foi constituída por primigestas assistidas em unidades da rede básica de saúde de uma cidade de médio porte do interior de São Paulo. **Resultados:** Os discursos apontam como representações sociais em relação ao parto: “Medo e Sofrimento” e “Educação em Saúde no pré-natal”. **Conclusão:** A representação social das primigestas se caracteriza por medo da dor e sofrimento, apontando para a necessidade de reversão desta expectativa por meio de uma assistência pré-natal, que possibilite acesso às informações necessárias para opção segura e consciente quanto ao tipo de parto.

1. Enfermeira graduada pela Universidade Paulista – UNIP – Araraquara–SP

2. Doutora em Enfermagem pela EERP-EE-USP e Especialista em Acupuntura, Enfermagem Obstétrica e Saúde Pública.

3. Prof^a. Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP - Araraquara-SP

4. Prof. Especialista do IPEBJ e especialista em Odontologia Legal pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP e Cirurgião Dentista de Ribeirão Preto-SP

5. Profa Especialista em Administração do Curso de Enfermagem da Universidade Ribeirão Preto-UNAERP-Ribeirão Preto-S.P

6. Enfermeira graduada pela Universidade Paulista – UNIP – Araraquara–SP

Palavras-chave: Parto. Cuidado pré-natal. Enfermagem.

Abstract

Objective: To identify the social representations of the first pregnancy in relation to mode of delivery. Pregnancy is a special time in a woman's life. Fear, uncertainty and doubt may arise, especially in relation to childbirth. The representation that these feelings have to primigravidae is an important and fundamental issue, because through prenatal care and health education can provide them security and active participation in the safe choice of delivery type. **Method:** Qualitative approach through social representation technique, semi-structured interview; sample of seventeen primiparous core network in a medium sized city in São Paulo. **Results:** The statements indicated how social representations in relation to childbirth: “fear and pain” and “health education in prenatal care”. **Conclusion:** The social representation of first pregnancy is characterized by fear of pain and suffering, pointing to the need to reverse these expectations through a prenatal care, which allows access to information necessary for safe and conscious choice as to the type of delivery.

Keywords: Delivery. Prenatal Care. Nursing.

Introdução

Muitos são os sentimentos no decorrer de uma gestação, mesclando ansiedade, alegria e expectativa em receber o recém-nascido. O parto e o puerpério também geram sentimentos de incertezas, medo, e insegurança. A representação que esses sentimentos e expectativas têm para as primíparas é de fundamental importância para compreensão e apoio dessas mulheres¹.

Além dos procedimentos obstétricos, os cursos de preparação pré-natal e o compartilhamento de históricos de outras gestantes e/ou experiências vivenciadas pela própria mulher podem contribuir para a ansiedade, sendo fundamental para seu enfrentamento, uma assistência pré-natal adequada e participativa².

A maioria das mulheres não tem expectativas positivas em relação ao parto, fruto da pouca preparação e conhecimento. Não sendo consultadas nas decisões médicas, as mulheres podem vivenciar experiências negativas, níveis de dor elevados e inseguranças relativas ao seu estado de saúde e do recém-nascido³.

A liberdade de escolha na maioria das vezes é minimizada mediante a manipulação de informações sobre os riscos que as vias de parto apresentam, quando a mulher não possui informações básicas para fazer uma escolha consciente. A prática do parto operatório ou cesáreo, juntamente com o avanço tecnológico, proporcionou amenização da dor, rapidez, eficiência no procedimento e redução dos riscos reais. Entretanto, introduziu intervenções e medicalização desnecessárias, aumentando em

quatro vezes risco de infecção puerperal, e outros, como mortalidade e morbidade materna, prematuridade e morte neonatal⁴.

Durante o pré-natal é fundamental, que a mulher seja orientada sobre formas opcionais de controle da dor no trabalho de parto, que o parto operatório somente se justifica como indicação obstétrica e não como contraponto à dor, e que se estimule o interesse pelo parto natural, criando boas expectativas para o momento. O enfermeiro, através da escuta qualificada e orientação, pode minimizar os sentimentos negativos e suas possíveis consequências, problematizando expectativas, representação social, temores, tabus e preconceitos que envolvem o pré-natal, parto e puerpério^{5,6}.

É importante disponibilizar meios que possibilitem à mulher maior domínio e participação sobre o parto, direito à opção esclarecida e ao suporte emocional facilitado pela presença de um acompanhante escolhido pela parturiente. Faz-se necessário rever a organização da prática obstétrica visando que a assistência ao parto respeite a fisiologia da mulher e favoreça os interesses de todos os envolvidos, em especial, as expectativas da mulher^{4,6}.

Nesse sentido, a implantação de Casas de Parto Normal induz nos profissionais de saúde e usuários a compreensão do momento do parto não como disfunção ou desequilíbrio orgânico que deva ser medicalizado e tratado sob a ótica de reparo no corpo biológico. O modelo resgata a história pregressa, a clínica e a supervisão do trabalho de parto, determinando os riscos e as necessidades, incluindo a indicação de obstetra e/ou parto cirúrgico. A construção da saúde como direito implica em compreender o cotidiano dos movimentos sociais, a demanda dos serviços de

saúde, a prática institucional dos agentes envolvidos, a relação entre os movimentos e manifestações sociais e o Estado na formulação das políticas de saúde, como se observa no Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

Como contribuição a essa compreensão, este estudo objetiva conhecer as representações *sociais* das primigestas em relação ao tipo de parto, possibilitando aos profissionais de saúde a aproximação com o universo de expectativas que uma gestação envolve.

Métodos

Este estudo tem caráter descritivo, com abordagem qualitativa, almejando identificar a opinião de um coletivo dos sujeitos sociais. A abordagem qualitativa privilegia os sujeitos sociais, que detêm informações, que o investigador pretende conhecer, foi embasada nas Teorias das Representações Sociais (TRS) elaborada por Moscovici, buscando conferir sentido comum às ideologias e conhecimentos empíricos dos sujeitos sociais em discussão^{8,9}.

A pesquisa foi realizada no período de julho a setembro de 2012, em uma Unidade Básica de Saúde e em três Unidades de Saúde da Família de uma município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, em um bairro de grande vulnerabilidade social.

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas semiestruturadas. A amostra foi constituída por dezessete primigestas, que estavam na unidade no momento da pesquisa, tendo como critério de inclusão a participação voluntária e esclarecida das primigestas. As entrevistas tiveram a duração de trinta minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas.

O instrumento de coleta de dados foi composto de questões fechadas, relativas

à caracterização dos sujeitos: unidade de saúde, idade, cor da pele, estado civil, grau de escolaridade, a gravidez foi planejada, quando iniciou o pré-natal, quantas consultas realizou até momento da entrevista e de questões norteadoras: Qual sua expectativa de parto? Justifique. Há quanto tempo participa do grupo de gestantes? Houve algum momento em que o enfermeiro ou profissional de saúde esclareceu as possibilidades relacionadas ao parto? Tem medo do momento do parto? O que espera do seu parto? Tem indicação para cesárea? Saberá citar alguma vantagem do parto normal? Saberá citar alguma vantagem do parto cesárea? O que significa o parto para você? Ao imaginar seu parto, quais sentimentos representam esse momento? Gostaria de poder escolher qual via de parto? Se sente preparada para tomar essa decisão? A coleta de dados foi encerrada, quando os discursos dos sujeitos sociais passaram a ser repetitivos, o que se entende por saturação dos dados.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIP-SP, parecer nº 42866.

Resultados

Caracterização dos Sujeitos Sociais

Houve predominância da faixa etária de 18 a 25 anos (12), ensino médio completo (9), casadas (11), no terceiro trimestre gestacional no momento da entrevista (10), gestação planejada (11), com 3 a 5 consultas de pré-natal com médico e enfermeiros (9), início do pré-natal no primeiro trimestre (17) e realização dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde(17)¹⁰.

Os resultados refletem a caracterização da amostra e as representações sociais dos sujeitos, subdivididas em duas catego-

rias: “Medo e Sofrimento” e “Educação em Saúde no Pré-Natal”.

I. Medo e Sofrimento

A categoria mostra a representação dos sujeitos com relação ao parto, sentimentos, expectativas e esperanças expressadas, sendo a dor uma das mais preponderantes representações sociais em relação ao parto, fazendo com que a experiência vá se modelando em um clima de medo crescente¹¹.

As falas traduzem as concepções apreendidas neste contexto sendo a representação que a dor assume no parto, para cada sujeito social, uma subjetivação do que ecoa em sua expectativa:

“Que não doa muito, sou meia fraca” (G6)
“Muito medo, porque pra mim, parto é sempre doloroso” (G8) *“É meu primeiro filho, eu não tenho noção, é normal ter medo do primeiro parto” (G11)*

Algumas elencam a dor e o sofrimento em consequência de influências, que diretamente ou não, interferem no mundo de fantasias que envolvem o parto:

“Tenho medo de morrer, como vi em algumas novelas” (G10)
“Eu gostaria de ser normal, mas é, falam que o normal é o mais terrível né” (G3)
“Tenho, ah por causa que tem as histórias das mulher que fala pra gente, ai a gente tá na expectativa, se tem uma ideia, daí de repente vem uma pessoa: ai como eu sofri, ai quase morri”. (G4)

Destaca-se que, apesar da preocupação relacionada à dor e ao sofrimento, dez das gestantes expressaram interesse pelo parto normal. Foi também pontuada, com menor predominância, a insegurança

relacionada à equipe profissional e aos procedimentos hospitalares, sendo associadas às palavras: “segurança, tranquilidade, dar errado, complicações”:

“Tenho medo de injeção”... (G17)

“Ah, medo que algo dê errado comigo ou com o bebê” (G13)

Emergiram ainda sentimentos contraditórios quanto ao significado do parto, sendo a ele associados dor, nascimento, muita felicidade e alegria, o sonho de ser mãe, emoção, milagre, amor, medo e ansiedade. A dor e a expectativa do desconhecido estão diretamente relacionadas ao medo de morrer, resultantes de sentimentos que adquirem maior proporção no último trimestre².

O terceiro trimestre caracteriza-se pela satisfação e ansiedade resultante da antecipação do parto, correspondendo à fase de “separação”, onde o parto representa o processo de desligamento da gravidez. O medo e dor associados ao parto vaginal também são expressos associados ao parto cirúrgico e a dor após a cesariana é o principal motivo para os sujeitos preferirem o parto vaginal¹².

Observa-se a necessidade de “Educação em Saúde no Pré-Natal” que possibilite a primigesta segurança e participação ativa na escolha do tipo de parto.

II. Educação em Saúde no Pré-Natal

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge

a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios, para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destacam-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde¹³.

Nesta pesquisa observou-se que 11 gestantes relataram a não participação em grupos de gestantes, não sendo o motivo levado em consideração, nesta análise.

Às vantagens do parto normal, foram associadas:

“Recuperação é rápida” (G2)

“Útero volta mais rápido, a descida do leite também” (G8)

“Ao nascer acaba a dor” (G10)

Ao considerar que houve predominância dos sujeitos sociais no terceiro trimestre de gestação¹⁰, se faz preocupante a resposta obtida em relação aos esclarecimentos sobre os tipos de parto, que segundo catorze primigestas, não o tiveram ainda.

Ao passo que as respostas obtidas para as vantagens do parto cesárea, por 14 primigestas entrevistadas relatando não ter conhecimento, e as demais gestantes, associaram a baixa existência de dor no momento do parto.

“Mais ou menos, porque tem muita gente que fala que normal é melhor que cesárea, cesárea é melhor do que normal, então eu já fico nessa...”(G5)

Inferiu-se, mediante as respostas obtidas, que os sujeitos entrevistados possuíam informações e/ou percepções conflitantes relativas aos diferentes tipos

de parto, sendo que o medo e a dor estavam associados a ambos. Predominaram ideias oriundas do senso comum: “dizem”, “falam”, “gostaria, mas”, “vi na novela”. Aparentemente os serviços de saúde não discutem tais informações com as gestantes ou não proporcionam espaços onde as ansiedades relativas ao parto possam ser por elas explicitadas.

Poucas mulheres veem os profissionais de saúde como fonte de conhecimentos e referência sobre os tipos de partos e métodos de enfrentamento da dor, sendo preciso rever o processo de trabalho dos serviços com foco no acolhimento, na escuta qualificada, no vínculo e na educação em saúde, respeitando a diversidade e objetivando satisfação e segurança das parturientes^{5,6}.

Discussão

A dor é caracterizada como uma experiência desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, manifestada por sensações subjetivas, oriundas de experiências e vivências particulares. Historicamente o parto é associado à agonia, medo, provação, terror, sofrimento e morte em diversos grupos socioculturais. O comprometimento do aporte sanguíneo, provocado pelas contrações uterinas, torna real a dor do parto, porém a sensibilidade e as respostas variam de acordo com os contextos interno e externo onde o parto acontece^{10,14,15}.

As representações sociais dos sujeitos indicam diversas opiniões em decorrência de juízos e valores, as quais estariam relacionadas à falta de informações prestadas pelos serviços de saúde, uma vez que onze gestantes entrevistadas relataram não ter participado de grupos de gestante durante o pré-natal e quatorze não tinham informação em relação ao tipo de parto.

O medo do desconhecido pode tornar aterrorizante o nascer, e/ou incentivar a opção por procedimentos cirúrgicos, que muitas vezes implicam em perda da identidade e privacidade das mulheres¹⁶.

A segurança das parturientes também é dependente do seu conhecimento sobre o manejo da dor, procedimentos e efetividade dos métodos usados para tanto. Estudos indicam que são poucas as mulheres que se sentem informadas e seguras sobre o que acontece com elas e com o bebê durante o parto. Entre as fantasias estão receio de não reconhecer o trabalho de parto; de não suportar a dor e perder o controle; dos procedimentos médicos, além do desconhecido ambiente hospitalar^{17,18,19}.

Desde muito tempo se tem procurado proporcionar uma vivência mais positiva da experiência de parto, com a diminuição da intensidade de dor através da redução dos níveis de ansiedade, o que pode ser obtido com informação e promoção do contato com pessoas significativas no momento do parto¹⁸.

Partindo de tais pressupostos e, num contexto de mortalidade infantil e taxas de parto cirúrgico elevadas em algumas regiões do país, o Governo Federal instituiu a Rede Cegonha. A Rede prevê um incremento de recursos destinados à assistência ao ciclo gravídico puerperal, no tocante ao custeio de serviços e à implantação de equipamentos como Casas de Apoio à Gestante, Centros de Parto Normal e Leitos Canguru, entre outros. Tal a importância do parto humanizado que ações de fomento ao aleitamento materno, ao parto natural, grupos de gestantes, visitas às maternidades de referência das gestantes, e a presença de acompanhante no trabalho de parto e parto são condições

obrigatórias para adesão à Rede. Demais condições dizem respeito ao fluxo de informações entre maternidades e serviços de atenção básica e ao apoio matricial que deve ser fornecido pelas maternidades aos serviços que realizam pré-natal²⁰.

A consulta do pré-natal objetiva o diagnóstico e tratamento de complicações, a redução ou eliminação de riscos, a promoção da qualidade de vida e a educação em saúde. A mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas à qualidade da assistência pré-natal, sendo as mortes por causas maternas evitáveis em aproximadamente 98% dos casos, mediante a adoção de medidas visando melhorar o acesso e a qualidade do cuidado^{12,16}.

A política pública corrobora a necessidade de que os profissionais de saúde atuem em um paradigma voltado para saúde, focalizando a integridade humana nas várias dimensões da vida. Acredita-se que a enfermeira obstétrica possa contribuir assumindo o atendimento de pré-natal, parto e o acompanhamento de puerpério⁷.

Mediante as respostas obtidas em relação ao conhecimento sobre parto e pré-natal, apreendeu-se que as gestantes entrevistadas não demonstravam segurança e não estavam suficientemente informadas para fazer opções conscientes quanto ao tipo de parto.

Aparentemente as gestantes deste estudo não encontraram nos profissionais de saúde envolvidos no seu pré-natal, uma fonte de conhecimentos, incentivo e esclarecimento sobre os tipos de partos e métodos de enfrentamento. Provavelmente as gestantes não possuíam vínculo com a equipe de saúde, que possibilitasse a explicitação de crenças, medos e expectativas relativas ao parto, de forma que

suas impressões estavam alicerçadas em opiniões outras que não as dos profissionais que as assistiam. Adicionalmente se faz importante salientar, que a maioria das gestantes em questão acessaram o pré-natal em tempo oportuno, foram atendidas pelos serviços da forma como preconiza o Ministério da Saúde em relação à quantidade de consultas e possuíam ensino médio completo, o que as situa em condição privilegiada, quanto à vulnerabilidade social e/ou programática.

É preciso rever a forma de organização dos serviços, para que a assistência pré-natal de fato ocorra em uma rede de relações, que conecte os diferentes pontos de atenção. É necessário que a comunicação e as tecnologias relacionais permeiem a atenção para além dos protocolos de atendimento e que a educação em saúde ocorra em ato e seja compatível com as necessidades dos sujeitos envolvidos na assistência, de forma a proporcionar segurança e clareza às gestantes na decisão sobre o tipo de parto.

Conclusão

Frente ao desconhecido, é natural que o ser humano tenha sentimentos de ansiedade, medo e angústia. A representação social que a primigesta revela neste estudo aponta sentimentos de medo, dor e sofrimento relacionados ao pouco despreparo em relação ao tipo de parto e à falta de subsídios para tomada de decisão, quando lhe for possível.

Desta forma, seria negligente não correlacionar às representações reveladas com a prática de pré-natal e educação em saúde da rede atual.

As práticas populares relacionadas ao pré-natal, orientações e educação em saúde nesta pesquisa se mostraram defici-

entes. Seria de fundamental importância a participação ativa da mulher no seu parto, o conhecimento sobre tipos de parto e indicações, levando-as a níveis de segurança, que poderiam mudar essa visão negativa do parto.

Enfim, ser mãe é uma dádiva, um dom exclusivo e abençoado da mulher, e que nós, profissionais de saúde, possamos através de todos os instrumentos disponíveis e conhecimentos habilitados, tornar esse momento único e memorável na vida dessa mulher, fazendo a diferença a cada cuidado.

Assim, acredita-se ser pertinente correlacionar as representações reveladas com a prática do pré-natal e com a necessidade de educação em saúde na rede de assistência, demonstrando a sua importância na construção de uma visão/experiência positiva sobre o parto, para as gestantes atendidas.

Referências

1. Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A Enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enferm* 2007; [acesso em 01 mar. 2012]; 12(4): 416-427. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/10063>.
2. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005. [acesso em 01 mar. 2012]; 18(2): 247-254. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v18n2/27476.pdf>.
3. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Marques A, Pais A et al. Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, et al. Questionário de

- experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004. [acesso em 01 mar. 2012]; 5(2): 159-187. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862004000200003&script=sci_arttext.
4. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis FI. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *RBGO* 2004. [acesso em 01 mar. 2012]; 26(10): 791-798. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n10/22906.pdf>.
 5. Queiroz MVO, Silva NSJ, Jorge MSB, Moreira TMM. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2005. [acesso em 01 mar. 2012]; 58(6): 687-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a11_v58n6.pdf.
 6. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011. [acesso em 01 mar. 2012]; 45(1): 185-94. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf>.
 7. Oba MV, Pinto MCRLR, Souza MGA. A tecnologia e a organização social das práticas de assistência à saúde da mulher. *Journal of the Health Sciences Institute* 2010. [acesso em 01 mar. 2012]; 28(1): 42-6. Disponível em: http://www3.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p42-46.pdf
 8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.
 9. Arruda A. Teorias das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa*. 2002. [acesso em 01 set. 2012]; 117:127-147. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>.
 10. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Rev Eletrônica de Enferm*. 2008. [acesso em 16 set. 2012]; 10(1): 100-109. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a09.htm>
 11. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003. [acesso em 01 mar. 2012]; 4(1): 47-67. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a04.pdf>
 12. Pacheco A, Figueiredo B, Costa R, Pais A. Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Rev Portuguesa de Psicossomática*. 2005. [acesso em 15 set. 2012]; 7(1): 7-41. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4725/1/ntecipa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Experi%C3%Aancia%20de%20Parto%20Mudan%C3%A7as%20Desenvolvimentais%20ao%20longo%20da%20Gravidez.pdf>.
 13. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. 2005. *Interface - Comun. Saúde Educ*. [acesso em 15 set. 2012]; 9(16): 39-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>.
 14. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008. [acesso em 15 set. 2012]; 8(2): 179-186. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/05.pdf>.
 15. Mota EM, Oliveira MF, Victor JF, Pinheiro AKB. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. *Rev Rene*. 2011. [acesso em 16 set. 2012]; 12(4): 692-8. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4html_site/a05v12n4.html.

16. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sughara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003. [acesso em 15 set. 2012]; 37(3): 303-10. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n3/15857.pdf>.
17. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2004. [acesso em 15 set. 2012]; 20 Suppl: S52-62. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s1/06.pdf>.
18. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005. [acesso em 17 set 2012]; 10(3): 627-237. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019.
19. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Rev Bras Saúde Matern Infant Recife*. [acesso em 15 set 2012]; 2008; 8(2): 179-186. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292008000200005&script=sci_arttext
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 1450, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, 24 jun. 2011. Brasília, DF, 2011.

Endereço para correspondência:

Thais de Fátima Aissa
Rua Marechal Arthur Costa
Silva, nº 697 Jd. Imperador
CEP 14.806-165 Araraquara - SP
E-mail: thais_aissa@hotmail.com