

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E NATURAIS DO PONTAL
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Do parto desejado ao realizado: assistência ao parto no município de Ituiutaba-MG

Lara Parreira de Souza

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Ciências Biológicas da
Universidade Federal de Uberlândia, para
obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Biológicas.

Ituiutaba – MG

Julho – 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E NATURAIS DO PONTAL
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Do parto desejado ao realizado: assistência ao parto no município de Ituiutaba-MG

Lara Parreira de Souza

Carla Patrícia Bejo Wolkers

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Ciências Biológicas da
Universidade Federal de Uberlândia, para
obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Biológicas.

Ituiutaba - MG

Julho – 2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois é Ele o meu sustento e minha força, que me fizeram concluir com sucesso este trabalho.

Aos meus pais, Pio José e Nívea, por todos os ensinamentos e apoio, os quais foram fundamentais para que eu chegasse até aqui, principalmente durante a realização deste trabalho. Gratidão eterna por tudo que proporcionaram e que contribuíram na formação da pessoa a qual me tornei. Eu amo muito vocês.

Ao meu namorado Jean Carlos, que também esteve comigo em todos os momentos e teve grande contribuição para que este trabalho fosse realizado. Muito obrigada pelo seu apoio e carinho! Eu te amo!

Aos meus irmãos, Lígia e Júnior, e meu cunhado Valdeir, que me apoiaram durante toda minha graduação, de modo especial, pela força e auxílio durante a realização deste trabalho. Gratidão! Amo vocês!

Aos meus sobrinhos Tarcísio e Mariana, que foram fundamentais durante todo esse processo, sendo paz e calma nos momentos que mais precisei. Amo incondicionalmente!

A minha orientadora Carla Wolkers, por ter aceitado e concretizado a realização deste estudo, sendo muito paciente em todos os momentos que mais precisei. Gratidão por todo aprendizado e por todas as orientações, que foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Muito obrigada mesmo!

A todas as mulheres, que no início de sua gestação, aceitaram participar do projeto! Sem vocês nada disso teria feito sentido. Gratidão pela confiança no nosso trabalho e por todo acolhimento em cada etapa, permitindo que chegássemos até aqui! Muito obrigada!

Ao grupo PET Bio Pontal, que sem dúvida, teve enorme contribuição durante estes anos de curso, me proporcionando uma bagagem de conhecimento que levarei para a vida inteira. Uma vez petiano sempre petiano! Obrigada!

A todos os meus amigos, principalmente aqueles que estiveram comigo durante toda a graduação, como os da VIII turma, que de algum modo me ensinaram a ser uma pessoa melhor e mais consciente dos meus direitos e deveres. Muito obrigada e sucesso na caminhada de vocês!

A todos os professores do curso de Ciências Biológicas, pelos ensinamentos e por toda assistência durante minha graduação, sendo solícitos em todas as minhas dificuldades e dúvidas durante este período. Tenho muita admiração e respeito por cada um, e saibam que este curso não seria o mesmo sem vocês. Muito obrigada!

A todos os funcionários do *campus* Pontal que me auxiliaram durante os momentos que passei nesta instituição, que no seu modo de ser, me transmitiram ensinamentos que levarei por toda a vida. Obrigada!

Enfim, ao curso de Ciências Biológicas e a esta instituição, que foram cruciais durante toda minha formação! Carrego com muito amor e carinho esta universidade no coração e tenho orgulho de ser fruto da Universidade Federal de Uberlândia, *campus* Pontal.

APRESENTAÇÃO

O formato deste Trabalho de Conclusão de Curso cumpre as normas aprovadas pelo Curso de Ciências Biológicas do Instituto de Ciências Exatas e Naturais do Pontal da Universidade Federal de Uberlândia.

Este trabalho foi redigido no formato de artigo científico, em português, respeitando as normas da revista Caderno de Saúde Pública (online), as quais podem ser acessadas no endereço eletrônico: *<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>*

O manuscrito representa o estudo na íntegra e será submetido para publicação somente após as considerações dos membros da banca de avaliação.

RESUMO

Introdução: O parto é um ato fisiológico que tem sido altamente medicalizado no Brasil, afastando-se do modelo de humanização preconizado pela OMS. **Objetivo:** Avaliar a via de parto desejada pelas gestantes atendidas pela Unidade Mista de Saúde II, do município de Ituiutaba-MG, e identificar práticas intervencionistas utilizadas para sua realização. **Metodologia:** Estudo longitudinal prospectivo, com análise dos dados coletados por meio de questionários semiestruturados, ao longo do período gestacional e puerperal. **Resultados:** 64% das gestantes referiram decisão pelo parto vaginal, a maioria por acreditar ser mais saudável, porém, apenas 38% das mulheres experienciaram esta via de parto. Observou-se, na realização do parto vaginal, um alto índice de procedimentos invasivos como a posição de litotomia (100%), a episiotomia (100%), a Manobra de Kristeller (50%) e a ausência do contato com o neonato imediatamente após o parto (100%). **Conclusão:** Notou-se predominância de um atendimento medicalizado e intervencionista no parto das entrevistadas, evidenciando, uma assistência distante daquela preconizada pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

Descritores: Parto humanizado; cesárea; parto normal.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA	10
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
NORMAS DA REVISTA CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA	33

INTRODUÇÃO

O parto é um momento sublime vivenciado entre mães e filhos, mas apesar de ser um procedimento considerado habitual dentro de hospitais e maternidades, representa uma experiência particular para as gestantes e suas famílias, e por essa razão, deve ser atendido de forma especial, acolhedora, segura, respeitosa, sendo capaz de proporcionar conforto a todos os envolvidos^{1,2,3}. Esta segurança é importante, pois muitas gestantes sentem medo e ansiedade ao pensarem na hora do parto, principalmente as primigestas, por estarem passando pela primeira vez por essa experiência⁴.

O parto humanizado é uma forma de valorização do ato fisiológico e representa uma alternativa benéfica tanto para a saúde da parturiente quanto do bebê, pois tem o intuito de utilizar mecanismos cada vez menos invasivos, com todo apoio necessário, garantindo que o parto seja realizado com conforto e segurança⁵. No Brasil foi instituído em 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, pelo Ministério da Saúde (MS), Portaria/GM nº 569, tendo como intuito desenvolver ações que visam a promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes, recém-nascidos e mães no período pós-parto, oferecendo melhor acesso e qualidade durante os acompanhamentos, priorizando seus direitos⁶. O parto humanizado, além de trazer benefícios à saúde, permite que mãe e filho sejam os protagonistas, sendo o parto realizado naturalmente, de forma harmônica, sadia e sem a necessidade de procedimentos invasivos.

A despeito destas orientações preconizadas pelo MS, o que se observou no Brasil, nas últimas décadas, foi um aumento vertiginoso no número de cesáreas, que hoje, correspondem a mais de 50% dos partos realizados no país, chegando a até 88% na rede privada, além do aumento do uso de procedimentos invasivos mesmo em partos realizados por via vaginal^{7,38}.

Estes índices demonstram que o cenário do nascimento no Brasil vai na contramão daquilo preconizado pelo Programa de Humanização, sendo este um quadro extremamente preocupante do ponto de vista da saúde pública, já que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de cesáreas em uma população não deve ultrapassar 15%, índice considerado seguro^{7,8}.

Os altos índices de cesáreas observados no Brasil podem ser explicados pelo fato do parto, um evento fisiológico, ter sido considerado uma patologia, priorizando, assim, a utilização dessa prática cirúrgica. Além disso, outros fatores como o avanço tecnológico e científico nessa área contribuíram para o progresso diante da assistência às gestantes e parturientes, aumentando a realização desse procedimento e fazendo com que a prática da cesárea, anteriormente utilizada caso houvesse alguma intercorrência na gestação ou no momento do parto, venha sendo aplicada, também, em gestantes de risco habitual^{9,10}. A intensa utilização desta tecnologia leva, portanto, a “desumanização” do parto, aumentando o risco dos envolvidos, mães e bebês, sofrerem iatrogenia^{11,12}. Cabe ressaltar, também, que a indicação da cesárea pela maioria dos profissionais da saúde é prevalente por ser um procedimento considerado rápido e rentável, principalmente nas redes privadas^{12,13}.

As intervenções desnecessárias realizadas durante a assistência ao parto, em conjunto com a ocorrência de cesáreas em gestantes de risco habitual, podem influenciar de maneira significativa na saúde da mãe e do bebê, interferindo no tempo de recuperação após o parto e na incidência de desordens psiquiátricas, como a depressão pós-parto. Neste contexto, o objetivo desse estudo foi acompanhar gestantes e parturientes, avaliando a via de parto desejada e realizada, além de identificar, por meio dos relatos dessas mulheres, quais procedimentos, considerados invasivos, foram utilizados no parto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, de natureza qualitativa, conduzido por meio de entrevistas realizadas com mulheres nos períodos gestacional e puerperal, atendidas pela Unidade Mista de Saúde II, localizada no município de Ituiutaba, região do Triângulo Mineiro, no estado de Minas Gerais. O município de Ituiutaba possui, de acordo com Censo de 2010, 97.171 habitantes, sendo pouco mais da metade do gênero feminino (49.309, 50,7%)¹⁴. Foi definido como universo do estudo, gestantes que realizaram o pré-natal na referida unidade de saúde e que encontravam-se no primeiro trimestre de gestação (≤ 12 semanas). Esse serviço de saúde pública realiza atendimentos pré-natais, pediátricos e psicológicos no município.

No total, foram entrevistadas 40 gestantes na primeira etapa do estudo, resultando em 25 gestantes que concluíram todas as etapas da entrevista. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2017 e maio de 2018, e foi dividida em três momentos, sendo duas entrevistas realizadas durante o período gestacional, uma a cada trimestre de gestação (primeira: ≤ 12 semanas; segunda: entre 20 a 24 semanas), e uma terceira entrevista aplicada durante o puerpério (até 8 semanas após o parto). As entrevistas foram realizadas por meio de questionários semiestruturados padronizados e aplicados na sala de espera da Unidade Mista de Saúde II, no momento em que a gestante aguardava para a realização de suas consultas pré-natais ou puerperais.

Na primeira etapa do estudo, as gestantes foram questionadas acerca das suas características sociodemográficas, paridade (número de filhos), conhecimento a respeito do parto humanizado (nenhum, pouco ou muito), via de parto desejada e razões para esta escolha, assistência recebida durante o pré-natal, e sinais e sintomas anormais durante o período de

gestação (diabetes e hipertensão arterial). Gestantes sem parto anterior foram consideradas primigestas e aquelas com partos anteriores, multigestas.

No segundo momento do estudo, as gestantes foram questionadas sobre a escolha da via de parto (se houve alguma mudança na escolha do parto e o que motivou tal mudança), sinais e sintomas anormais durante a gestação (considerando gestante e bebê), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversal), e ganho de peso durante a gestação. Nas duas primeiras etapas, as gestantes mencionavam a previsão do possível agendamento da próxima entrevista e do parto.

Na última etapa, realizada após o parto e mediante agendamento prévio, as parturientes responderam questões referentes aos procedimentos realizados desde o trabalho de parto até o nascimento do bebê, tais como: presença e duração do trabalho de parto, via de parto realizada, presença de acompanhante, contato com o recém-nascido após o parto, nível de satisfação e frustração com a experiência do parto. A presença de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e no parto também foram avaliadas, como: permanência em jejum por indicação médica, posição de litotomia, analgesia, episiotomia, manobra de Kristeller e cesariana.

Ainda na última entrevista as puérperas responderam a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), acompanhadas dos pesquisadores e da psicóloga da unidade de saúde. A EPDS é um instrumento de auto registro, constituído de 10 perguntas, as quais podem ser pontuadas entre 0 e 3, conforme a presença e/ou intensidade do sintoma. As perguntas abordam questões relacionadas a presença e/ou intensidade de sintomas caracterizados como depressivos, tais como: autodesvalorização, tristeza, culpa, baixa concentração, dentre outros¹⁵. Todas as questões somam, um total, de 30 pontos, considerando a presença de sintomas depressivos escore igual ou maiores que 12, como estabelecido na avaliação desse método em

amostras brasileiras. Esta escala permite auxiliar equipes que acompanham parturientes a diagnosticarem, por meio do rastreamento de sintomas depressivos, possíveis indicadores para a DPP^{15,16,17}.

A partir dos dados obtidos nas entrevistas, as parturientes foram categorizadas de acordo com a Classificação de Robson. A classificação é feita em 10 grupos, baseada em cinco características obstétricas de fácil identificação: paridade (nulípara ou multípara, com e sem cesárea anterior), início do parto (espontâneo ou induzido), idade gestacional, apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversal), e número de fetos (único ou múltiplo)^{7,18,19}. Para avaliar a contribuição de cada grupo na ocorrência de cesarianas, foram calculadas as proporções absoluta (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo total de partos realizados) e relativa (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo total de cesáreas realizadas).

A prevalência de partos cesarianos e partos vaginais também foi avaliada na população estudada, bem como a comparação entre as gestantes que tiveram e aquelas que não tiveram o parto inicialmente desejado. O teste exato de Fisher (nível de confiança de 95%) foi utilizado para avaliar a relação de dependência entre o escore na EPDS, a via de parto e o nível de frustração com o parto realizado, e entre o nível de escolaridade e o conhecimento a respeito do parto humanizado, por meio do programa SigmaStat³².

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 64193316.5.0000.5152). Todas as gestantes foram esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e aquelas que desejaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes não foram identificadas em nenhuma das fases de execução do estudo, garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

Das 40 gestantes que participaram do estudo, apenas 25 concluíram todas as etapas da entrevista, sendo que daquelas que não concluíram, 7,5% foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo (gestação acima de 12 semanas), 7,5% sofreram perda fetal antes de completarem 24 semanas de gestação e 22,5% não puderam ser encontradas por meio do telefone de contato fornecido na primeira entrevista. Assim, os resultados apresentados referem-se às participantes que concluíram todas as etapas do estudo (n=25).

A média de idade das participantes foi de $24 \pm 5,33$ anos com predomínio de mulheres casadas (68%) e multigestas (72%). Quanto ao nível de escolaridade, houve a prevalência de mulheres com ensino médio (56%), sendo que apenas 8% apresentavam ensino superior completo. Quanto ao histórico obstétrico, dentre as multíparas, 83% apresentavam cesárea anterior. Na tabela 1 encontra-se as características das gestantes entrevistadas.

Tabela 1. Características sociodemográficas, obstétricas e gestacional das gestantes entrevistadas. Ituiutaba-MG, 2018

Variável	N	%
Idade (anos)		
< 20	4	16
20 a 25	10	40
> 25	11	44
Escolaridade		
Fundamental (incompleto e completo)	7	28
Médio (incompleto e completo)	14	56
Superior (incompleto e completo)	4	16
Estado civil		
Solteira	9	36
Casada	16	64
Nº de gestações		
Primigesta	7	28
Multigesta	18	72
Via de parto desejada		
Vaginal	16	64
Cesárea	9	36

Via de parto realizada		
Vaginal	6	24
Cesárea	19	76

Quanto a via de parto desejada pelas gestantes, de acordo com a entrevista realizada no primeiro trimestre de gestação, 64% declararam ter como primeira opção o parto vaginal, sendo que destas, 94% atribuíram a escolha por acreditar ser esta a via mais saudável. O desejo pelo parto vaginal foi referido por todas as primigestas entrevistadas e, entre as múltiparas, 50% declararam preferência inicial pelo parto vaginal, sendo que destas, cerca de 77% tiveram cesárea anterior. Entre as gestantes que referiram o parto cesáreo como primeira opção, aproximadamente 44% declararam esta preferência por acreditarem ser a via mais segura, enquanto um terço teve recomendação médica. Uma das razões mencionadas pelas multigestas para escolha da cesariana como primeira opção foi o desejo de realizar a laqueadura tubária durante tal procedimento.

Com relação ao tipo de parto realizado, apenas 38% das mulheres que referiam decisão pelo parto vaginal na primeira entrevista vivenciaram tal experiência. Em contrapartida, daquelas que optaram pela cesariana, 89% tiveram seus bebês por meio deste procedimento. Dentre as parturientes que optaram inicialmente pelo parto vaginal e foram submetidas à cesariana por indicação médica, foi observado que em 46,7% dos casos o procedimento cirúrgico foi realizado em parturientes com cesariana anterior, em 9% a cesariana foi emergencial, em 9% por ser gestação gemelar, em 27,3% devido à gestação ter ultrapassado quarenta semanas e em 9% devido ao prolongamento do trabalho de parto por mais de doze horas, com processo de dilatação lento. Dentre as parturientes submetidas à cesárea, 15,8% relataram sentimento de frustração por não terem realizado o parto vaginal.

Na assistência das mulheres que utilizaram a via de parto vaginal em sua experiência de parturição, 67% estavam com acompanhantes, a maioria foi orientada à permanecer em jejum durante o trabalho de parto (83%) e submetida ao exame de toque por até 3 vezes (80%). O tempo médio de duração do trabalho de parto foi entre 4 à 10 horas e nesse período todas tiveram liberdade para se movimentar e/ou caminhar. Durante o período expulsivo do parto, todas as parturientes foram colocadas em posição de litotomia (deitadas) e a maioria foi submetida à intervenções obstétricas, tais como Manobra de Kristeller (50%), anestesia local (100%) e episiotomia (100%). Nenhuma das parturientes submetidas ao parto vaginal teve contato direto com o neonato imediatamente após o parto.

Entre as parturientes que foram submetidas a cesárea, 15,8% a fizeram por opção. Dentre todas as entrevistadas que experienciaram essa via de parto, aproximadamente 63% não puderam ser acompanhadas no centro cirúrgico, 42,1% foram submetidas à manobra de Kristeller, 47,4% tiveram pés e/ou mãos amarrados no momento do parto e nenhuma relatou ter contato com o neonato imediatamente após o parto. Verificou-se, ainda, que entre as puérperas submetidas ao parto cesáreo, a maioria entrou em trabalho de parto (47,3%), com duração inferior a 4 horas (42,1%) e realizou exame de toque por até 3 vezes (78,9%).

No que se refere ao grau de avaliação quanto a sua experiência no período puerpério, em ambas as vias de parto, constatou-se que 53% das parturientes consideraram o parto como bom, 44% ótimo e apenas 4% como regular. Nenhuma das entrevistadas considerou a experiência de parto ruim e/ou péssima.

Dentre as gestantes entrevistadas, 36% declararam não possuir nenhum conhecimento sobre o parto humanizado e daquelas que declararam possuir pouco conhecimento, a principal fonte de informações foi a internet (47%, n=7). Foi verificada uma relação significativa entre o

conhecimento das gestantes a respeito do parto humanizado e o nível de escolaridade (P=0,008), sendo observada maior proporção de ausência de conhecimento naquelas com menor escolaridade.

Em relação ao rastreamento dos sintomas de DPP, segundo a EPDS, em 16% das entrevistadas houve escores ≥ 12 (escore médio de $8,84 \pm 4,85$), indicando presença de sintomas depressivos. Porém, observou-se que não houve associação significativa entre a via de parto realizada com o índice de depressão pós-parto nas gestantes que tiveram escore ≥ 12 (P=0,540). Também não foi observada associação entre o índice de depressão pós-parto e a frustração com a experiência de parto referida pelas parturientes (P=1,000).

Já quanto à avaliação das parturientes e categorização na Classificação de Robson, foi observado que o grupo 5 (múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único e cefálico com ≥ 37 semanas) foi o prevalente, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Prevalência de cesarianas segundo a classificação de Robson. Ituiutaba – MG, 2018

Descrição	N (%)	Taxa de cesárea dentro do grupo (%)	Contribuição absoluta do grupo para taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para taxa de cesárea (%)
1.Nulípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, trabalho de parto espontâneo	12	33	4	5,3
2.Nulípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto induzido ou cesariana programada	8	100	8	10,5
3.Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, trabalho de parto espontâneo	8	0	0	0
4.Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto induzido ou cesariana programada		0	0	0
5.Multípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, cesariana anterior	40	90	36	47,4

6.Nulípara com feto em apresentação pélvica, qualquer idade gestacional		0	0	0
7.Multípara, feto único, pélvico (inclui cesariana prévia)	8	100	8	10,5
8.Gestação múltipla (inclui cesariana prévia)	8	100	8	10,5
9.Feto em apresentação transversa/obliqua (inclui cesariana prévia)	4	100	4	5,3
10.Gravidez de < 37 semanas, feto único, cefálico (inclui cesariana prévia)	12	67	8	10,5

DISCUSSÃO

A despeito do desejo pela via de parto vaginal referido pela maior parte das gestantes entrevistadas, o presente estudo demonstrou alta prevalência de partos cesarianos, inclusive acima da média nacional, além da incidência de práticas intervencionistas desnecessárias em todos os partos realizados. Estudos de Dias et al.²⁰ e Nascimento²¹ corroboram os dados, mostrando que muitas mulheres são submetidas a essa prática cirúrgica, mesmo optando pela via de parto vaginal.

O Brasil é conhecido como um dos países que possui os mais elevados índices de cesáreas no mundo, sendo que, em 2016, a taxa superou 55% dos partos realizados, representando um desafio para a política de saúde pública brasileira. Somente na região sudeste, onde o presente estudo foi realizado, a proporção de partos cesáreos foi superior a 58%^{22,23}. A prevalência de cesarianas observada no município de Ituiutaba-MG, acima da média nacional e regional, que já são consideradas extremamente altas, evidencia uma assistência ao parto praticada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) muito distante daquela preconizada pelo MS e pela OMS.

O parto vaginal foi referido como ideal pela maior parte das gestantes. Os motivos revelados pelas mulheres foram similares aos encontrados em outros estudos^{21,24,25}, mostrando que a principal razão para a escolha do parto vaginal foi por esta ser considerada a via mais saudável, tanto para sua recuperação quanto para a saúde do recém-nascido. Nesse aspecto, o parto vaginal possui diversas vantagens, tanto para a parturiente quanto para o bebê, permitindo maior vínculo entre ambos, garantindo rápida recuperação da parturiente no período pós-parto, diminuindo a incidência de problemas respiratórios do recém-nascido e de infecções hospitalares^{26,27}.

Entretanto, embora a preferência pelo parto vaginal tenha sido prevalente, a maior parte das parturientes que desejavam esta via de parto foi submetida ao procedimento cirúrgico por indicação médica, sendo as justificativas observadas: presença de gestação gemelar, múltiparas com cesárea anterior, prolongamento do período gestacional (acima de 40 semanas) e trabalho de parto prolongado com processo de dilatação lento. Além disso, nas parturientes que apresentavam a cesárea como via de parto anterior, este índice foi ainda mais alarmante, com quase a totalidade destas sendo submetidas ao procedimento cirúrgico. Estes resultados indicam que, apesar do desejo pelo parto vaginal, o desfecho principal foi a cesárea, que, quando realizada de forma desnecessária, principalmente em partos em que o feto apresenta posição cefálica, em gestantes de risco habitual, aumenta o risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal¹¹. Além disso, estudos de Leal et al.¹¹ e Hansen et al.²⁶ comprovam que a realização da cesariana eletiva, principalmente quando em menor idade gestacional, aumenta as chances do neonato apresentar problemas respiratórios, indicando que o trabalho de parto é um fator importante na maturação pulmonar do bebê. Isso porque, a partir da 20ª semana de gestação, as células pulmonares produzem o surfactante pulmonar, uma substância capaz de promover a

maturação e redução da tensão superficial dentro dos alvéolos pulmonares, impedindo-os de colabarem²⁸.

Contudo, existem razões específicas em que a cesárea se torna a via de parto mais indicada, dentre as quais, podemos citar: herpes ativo na hora do trabalho de parto, gemelaridade – dependendo da idade gestacional e apresentação dos fetos no momento do parto, condilomas e/ou tumores que impossibilitem a apresentação fetal e progresso do trabalho de parto, infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro de placenta, dentre outros²⁹. No presente estudo, dentre as parturientes submetidas à cesárea, foi observado que em apenas 12% o procedimento cirúrgico foi realizado de forma emergencial, devido às intercorrências gestacionais, como sofrimento fetal e aumento da pressão arterial da parturiente. Este percentual de ocorrência de cesarianas encontra-se dentro do índice considerado seguro, de acordo com a OMS⁷.

Dentre as mulheres que declararam preferência pela cesárea foi observado que o desejo pela laqueadura tubária, especialmente em gestantes com cesáreas anteriores, é um dos influenciadores na escolha da via de parto cirúrgica. Isto se deve, provavelmente, ao fato de a legislação brasileira não permitir que a laqueadura seja realizada durante o parto ou até o 42º dia de pós-parto, com exceção dos casos em que a parturiente comprove a necessidade de tal procedimento, como a ocorrência de cesáreas anteriores³⁰. Outro fator referido como razão para a escolha do procedimento cirúrgico foi o medo da dor do parto. Este medo do momento do parto permeia o pensamento de muitas mulheres, decorrente dos paradigmas impostos pelos instrumentos midiáticos. Além disso, a falta de conhecimento sobre as vias de parto, suas vantagens e desvantagens – no que diz respeito à saúde da mãe e do bebê e as alterações emocionais e físicas que cada via acarreta, ocasionam medo e insegurança em escolher o parto

vaginal, concedendo, na maioria dos casos, o poder de decisão ao profissional envolvido, por ser este o “detentor do conhecimento”^{1,31}.

De fato, a maioria das gestantes entrevistadas mencionou que possuía pouco ou nenhum conhecimento sobre o parto humanizado, sendo observado, ainda, que a escolaridade está diretamente relacionada a este nível de conhecimento. A humanização do parto é um modelo de assistência, que combate os paradigmas impostos pelo modelo tecnocrático e intervencionista acerca do nascimento no Brasil e no mundo^{32,33}. Preconizado pelo MS e OMS, os métodos inseridos neste modelo de assistência ao parto contribuem para amenização das dores do trabalho de parto, sendo alternativas acessíveis, menos invasivas e de baixo custo que podem ser implantadas em todos os serviços de saúde. Dentre os mais variados processos, podem ser oferecidos líquidos à parturiente, além de permitir que a mesma possa movimentar-se e adote posições verticalizadas, realização de massagens, banho e/ou imersão em água quente, dança e outros³⁴. Entretanto, apesar dos benefícios inerentes deste modelo, a realização de tais procedimentos, tidos como benéficos, é mencionada pela menor parte das mulheres em sua experiência de parturição³⁵, evidenciando que a falta de conhecimento a respeito destas práticas, indicada no presente estudo, pode ser um dos fatores que contribui para a elevada taxa de procedimentos invasivos, os quais podem culminar na realização da cesárea.

Segundo a OMS, dentre os fatores que auxiliam as parturientes no período parturitivo, a recomendação de acompanhante, de escolha pessoal, está associada à vários benefícios, incluindo aumento da chance de um parto vaginal espontâneo, redução da duração do trabalho de parto e da ocorrência de parto vaginal instrumental, além da diminuição de experiências negativas associadas ao parto³⁶. O presente estudo demonstrou que a restrição da presença de acompanhantes durante o parto é uma prática rotineira, especialmente naquelas mulheres

submetidas a cesárea, o que pode interferir negativamente no estado emocional da parturiente. Estudo realizado por Dodou et al³⁷ demonstrou que, de fato, a presença de acompanhante no momento do parto, principalmente de alguém que possua um laço familiar e perceba a importância desse momento, proporciona segurança e bem estar à parturiente, além de permitir maior vínculo com o bebê desde o nascimento.

Apesar das recomendações feitas pela OMS e o MS em relação à assistência ao parto, além da restrição de acompanhamento, o presente estudo detectou a realização de uma série de intervenções obstétricas por vezes desnecessárias e invasivas na população estudada, sendo este cenário também observado em diversas instituições de saúde espalhadas pelo país, segundo pesquisa Nascer no Brasil³⁸. Na população estudada, houve prevalência de práticas como a posição de litotomia e a episiotomia, observadas em todas as parturientes que tiveram o parto vaginal, além da manobra de Kristeller, em 50% dos casos, demonstrando a desvalorização da fisiologia do parto. Ratificando o exposto, diversos autores^{11,39,40} apontaram que a frequência de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto foram elevadas, principalmente a posição de litotomia e a episiotomia.

A posição de litotomia foi identificada em todas as parturientes que vivenciaram o parto vaginal e que apresentavam risco obstétrico habitual. Em estudo similar realizado por d'Orsi et al.⁴¹, a posição de litotomia era utilizada na rotina de maternidades da cidade do Rio de Janeiro-RJ, com índice de até 98% em maternidades da rede pública de saúde. Embora rotineira em diversas maternidades brasileiras, a posição horizontal não favorece a evolução do trabalho de parto e induz a utilização de ocitocina exógena, resultando, muitas vezes, na cesárea como de via de parto final³⁶. Em contrapartida, posições verticalizadas durante a primeira etapa do trabalho de parto, favorecem sua evolução, além de reduzir sua durabilidade, não estando

correlacionada com o aumento de uso de intervenções e/ou impactos negativos aos envolvidos⁴². Para mulheres não submetidas a analgesia epidural, a OMS recomenda que a posição adotada durante o parto seja aquela na qual a mulher se sinta mais confortável, incluindo as posições verticais. De fato, a escolha da posição vertical, durante a segunda etapa do trabalho de parto, pode reduzir, até mesmo, a incidência de episiotomia³⁶.

A episiotomia é uma das intervenções que foram implantadas na rotina da assistência ao parto em hospitais e centros de atendimento obstétrico, com a justificativa de conter as lacerações do períneo, as quais podem ocorrer durante o período expulsivo do trabalho de parto¹¹. Em contrapartida, autores^{43,44} defendem que essa prática pode aumentar as chances da ocorrência de laceração perineal, além de infecção e hemorragia. A prática da episiotomia na totalidade das mulheres submetidas ao parto vaginal neste estudo se contrapõe totalmente às recomendações da OMS e MS as quais sugerem que a taxa de episiotomia deve variar entre 10% a 15% dos casos, sendo utilizada, portanto, apenas em situações restritas^{36,45}. Além disso, as evidências atuais sugerem que a episiotomia não é recomendada como prática rotineira em mulheres em parto vaginal espontâneo³⁶.

Além desses fatores, a maioria das equipes responsáveis por atenderem parturientes, utilizam mecanismos, como a manobra de Kristeller, com o intuito de facilitar o nascimento, tanto durante o parto vaginal quanto o cesáreo^{11,41}. Porém, a OMS não recomenda a aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o nascimento durante a segunda fase do trabalho de parto, e considera que esta prática pode causar danos para a mãe e o bebê, estando relacionada a experiências de parto mais dolorosas, além de aumento nos riscos de ruptura uterina e morte perinatal, embora estas ocorrências não tenham sido, frequentemente, reportadas na literatura³⁶. Entretanto, um estudo de caso clínico que avaliou possíveis

complicações decorrentes da manobra de Kristeller, evidenciou a ocorrência de rupturas uterinas, além de sérios danos ao recém-nascido sendo recomendado o controle desse procedimento de forma rotineira⁴⁶.

Procedimentos como estes, realizados rotineiramente, são considerados abusivos, além de serem classificados como violência obstétrica⁴⁷. Este tipo de violência é decorrente de toda ação praticada contra a saúde sexual e reprodutiva de mulheres, tanto de caráter físico, psicológico e/ou sexual, podendo ser realizada, nesse caso, por profissionais da saúde envolvidos em todo período gestacional e puerperal⁴⁸. No presente estudo, pode-se observar esta prática mediante a realização rotineira de intervenções, como a episiotomia, sem o consentimento de algumas parturientes. Ainda, estudo realizado por Oliveira e Pena⁴⁷ mostrou que a violência contra parturientes é observada cotidianamente nas salas de parto dos municípios do Centro-Oeste de Minas Gerais. Sendo assim, a OMS recomenda o apoio intensivo dos governos para adoção de medidas que visem combater o desrespeito e os maus-tratos, além da implementação de ações que tenham o intuito de apoiar a mudança na conduta dos profissionais envolvidos, garantindo que as mulheres tenham acesso a um atendimento respeitoso, atencioso e competente⁴⁹.

Durante o período gestacional e parturição, as mulheres estão susceptíveis a vivenciar diversas emoções, as quais, juntamente com as experiências negativas ocorridas no período do puerpério, podem estar relacionadas ao desenvolvimento de transtornos, como a DPP a qual gera diversas alterações nos aspectos cognitivo, emocional e comportamental, comprometendo a saúde física e emocional, tal quanto, o desenvolvimento afetivo, principalmente entre mãe e bebê^{17,50}. Embora a correlação entre a experiência de parturição e via de parto e a incidência deste transtorno não esteja estabelecida, evidências relacionam o parto cesariano com um maior

índice de casos de depressão pós-parto em mulheres avaliadas no período de puerpério^{15,16,51}. A EPDS, aqui utilizada, rastreia possíveis sintomas, efetuando a triagem e direcionamento adequados da parturiente¹⁶. Neste estudo, pode-se observar que algumas gestantes tiveram escore igual ou superior a 12, sugerindo um possível estado depressivo. Entretanto, não foi observada correlação entre estes escores e a via de parto realizada ou o nível de frustração com a experiência do parto, sugerindo que outros fatores podem estar relacionados com a geração deste transtorno.

Para identificar os possíveis desfechos que as parturientes deveriam ser submetidas durante o período puerpério, além de avaliar as taxas de parto cesáreo na população estudada, a partir das características de cada grupo, o presente estudo optou por utilizar a Classificação de Robson. Este método de avaliação pode ser aplicado em hospitais e unidades de atendimento, e constitui em uma maneira eficaz de catalogar gestantes em grupos específicos, de acordo com suas características obstétricas⁷. No presente estudo, a maioria das parturientes foi classificada dentro do grupo 5, com mulheres múltiparas, feto único em apresentação cefálica, com cesárea anterior, contribuindo relativamente em 47,4% das cesáreas realizadas. Nesse sentido, um dos desafios já observados é a redução dos índices deste procedimento entre mulheres com cesárea anterior. De fato, diversos autores^{20,21,29} corroboram os resultados apontados neste estudo, demonstrando que a ocorrência de parto cesáreo é mais prevalente em mulheres que apresentam cesárea anterior.

Considerando a assistência ao parto evidenciada pelo presente estudo, é essencial que os profissionais da saúde envolvidos no parto, como médicos e enfermeiros, principalmente, adotem medidas que visem valorizar a escolha das gestantes e parturientes. Estes profissionais precisam agir de maneira ética e prestativa, a fim de prover as informações necessárias para a

realização de um parto de forma segura e respeitosa, evitando assim intervenções desnecessárias, as quais são consideradas violentas⁸. Com o intuito de assegurar que as mulheres tenham um atendimento humanizado desde a gravidez até o puerpério, o MS instituiu em 24 de junho de 2011, pela Portaria/GM nº1.459, a Rede Cegonha. Esta rede tem por objetivo promover a implementação de um novo modelo de assistência à mulher e ao bebê, garantindo o respeito e proteção aos direitos humanos, melhor qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto e período puerpério, além de assegurar o melhor desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida. Neste sistema, vale ressaltar a inserção de uma equipe multiprofissional, responsável por acompanhar o processo de parturição, certificando que este seja realizado com o mínimo de intervenções possíveis, priorizando os processos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Entretanto, quase uma década depois da instituição da Rede Cegonha, o que se observa no Brasil é um profundo desrespeito à parturiente e uma assistência distante daquela considerada ideal⁵².

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma alta prevalência de partos cirúrgicos na rede pública de atendimento de Ituiutaba-MG, além da predominância de um atendimento medicalizado, mesmo nas parturientes submetidas ao parto vaginal, ignorando as evidências científicas que visam melhorar a qualidade desse modelo de assistência. Além disso, identificou altos índices de procedimentos invasivos e desnecessários durante os períodos parturitivo e puerpério, evidenciando experiências negativas, muitas vezes associadas à violência.

Torna-se imprescindível, portanto, que o aprimoramento da assistência ao parto, prezando a humanização, garanta maior segurança às gestantes e parturientes assegurando que

estas mulheres conheçam os potenciais riscos de uma cesárea desnecessária. Este estudo sugere que mudanças no atendimento às gestantes e parturientes, seguindo o modelo de assistência ao parto preconizado pelo MS e OMS, são urgentes para que a ocorrência de cesáreas eletivas e de intervenções obstétricas desnecessárias sejam reduzidas, garantindo a esta população um atendimento de qualidade, segurança e bem estar.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev Rene*. 2010; 11 (n. esp.):32-41.
2. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização do parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1): 107-14.
3. Davim RMB, Torres GV. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. *Rev Rene*. 2008; 9 (3): 37-43.
4. Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da vida de parto. *RBGO*. 2004; 26 (10): 791-8.
5. Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivendo o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2002; 36 (2): 133-40.
6. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
7. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2015 [citado em 15 de junho de 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.
8. Assessoria Ministerial de Comunicação. Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015, 34 p.

9. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(6): 960-7.
10. Santos GO, Carneiro AJS, Souza ZCSN. Speech of women on the experience the normal birth and cesarean section. *Fundamental Care Online*. 2018; 10 (1): 233-41.
11. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Najamura-Pereira M, Bastos MH, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Caderno de Saúde Pública*. 2014; 30 Supl: 17-47.
12. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus – Actas Saúde Coletiva*. 2010; 4 (4): 105-17.
13. Barcellos LG, Souza AOR, Machado CAF. Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética*. 2009; 17 (3): 497-510.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [citado em 16 de junho de 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ituiutaba/panorama>.
15. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.
16. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29: 274-80.
17. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, Magalhães PVS, Barbosa APPN, Barros FC. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11): 2577-88.

18. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Ver.* 2001; 12:23-39.
19. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30 Suppl: S220-31.
20. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13:1521-34.
21. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por púerperas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (esp):119-26.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde [internet]. Proporção de partos cesáreos. [citado em 10 de junho de 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. [citado em 13 de junho de 2018]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
24. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét.* 2013; 21(3):509-17.
25. Campos AS, Almeida ACCH, Santos RP. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4(2):332-41.
26. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ.* 2008; 336:85-7.

27. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67 (2): 282-9.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2ª ed., 4 v., Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 202 p.
29. Domingues RMSM, Dias NAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial de mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 Suppl: S101-16.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 300p.
31. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 24(2):336-43.
32. Carvalho MLM. O renascimento do parto e do amor. *Estudos Feministas.* 2002; 10:521-3.
33. Mendonça, SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Civitas.* 2015; 15(2):250-71.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (versão resumida). Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 51p.
35. Monguilhott JJC, Bruggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação de boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52:1.
36. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, World Health Organization, 2018. 200p.

37. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(2): 262-9.
38. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático de Pesquisa. 2014. [citado em 17 de junho de 2018]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>
39. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto & Contexto Enferm*. 2013; 22(3):629-36.
40. Vogt SE, Silva KS, Dias MA. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(2):304-13.
41. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC, Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:645-54.
42. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2):CD003934.
43. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm*. 2005; 39(2): 288-95.
44. Santos LM, Santos LMS, Brandão MM, Cerqueira EAC, Ramos MSX, Carvalho ESS. Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. *Rev Cuid*. 2018; 9(2): 2233-44.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSus, v.4: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2014, 465p.

46. Habek D, Bobić MV, Hrgović, Z. Possible feto-maternal clinical risk of the Kristeller's expression. *Cent Eur J Med.* 2008; 3:183–6.
47. Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(2):e06500015.
48. Rede parto do princípio. Violência Obstétrica “Parirás com dor”: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. [citado em 20 de junho de 2018]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
49. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014. [citado em 19 de junho de 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3.
50. Bordignon JS et al. Depressão Puerperal: definição, sintomas e a importância do Enfermeiro no Diagnóstico Precoce. *Revista Contexto & Saúde.* 2013; 11 (20): 875-80.
51. Yang SN, Shen LI, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and season variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord.* 2011; 132:158-64.
52. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. [citado em 10 de junho de 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

NORMAS DA REVISTA CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

Diretrizes para Autores

A Revista Caderno de Saúde Pública realiza a publicação de artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Normas para envio de artigos:

CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

Envio do artigo:

A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação. Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses,

resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

Título: o título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso, informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços. O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços. As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

Resumo: com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, a revista oferece gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais no resumo. Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indica-se a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

Agradecimentos: possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

Inclusão dos autores: na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação. Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

Formatação: o arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB. O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12. O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

Ilustrações: na quinta etapa serão transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite. Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

Tabelas: as tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na

tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

Figuras: os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas. Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos. Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb. Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

Referências: as referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos

sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [\(Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos\)](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es). No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Exemplo de referências:

Periódico Padrão:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Transplante de órgãos sólidos em pacientes infectados pelo HIV. N Engl J Med. 2002; 347: 284-7.

Organização como autor:

Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes. Hipertensão, insulina e pró-insulina em participantes com intolerância à glicose. Hipertensão. 2002; 40 (5): 679-86.

Com suplemento:

Glauser TA Integrando dados de ensaios clínicos na prática clínica. Neurologia. 2002; 58 (12 Supl 7): S6-12.

Artigo indicado conforme necessário:

Lofwall MR, Cepa EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Características de pacientes mais velhos em manutenção com metadona (MM) [resumo]. Álcool de Drogas Depend. 2002; 66 Suppl 1: S105.

Livros e outras monografias

Autor pessoal:

Murray PR, Rosenthal KS, GS Kobayashi, MA Pfaller. Microbiologia Médica 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Autores editores:

Breedlove GK, Schorfheide AM. Gravidez adolescente. 2ª ed. Wiczorek RR, editor. White Plains (NY): Serviços de Educação March of Dimes; 2001.

Organização como autor:

Associação Americana de Terapia Ocupacional, Comitê Ad Hoc sobre Recursos Humanos em Terapia Ocupacional. Mão-de-obra em terapia ocupacional: um plano para o progresso. Rockville (MD): A Associação; 1985, abril de 84 p.

Capítulo de livro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Alterações cromossômicas em tumores sólidos humanos. Em: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. A base genética do câncer humano. Nova York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Anais de conferência:

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editores. Tumores de células germinativas V. Anais da 5ª Conferência de Tumores de Células Germinativas; 13 a 15 de setembro de 2001; Leeds, Reino Unido. Nova Iorque: Springer; 2002.

Dissertação:

Borkowski MM. Sono infantil e alimentação: uma pesquisa por telefone de hispano-americanos [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Universidade Central de Michigan; 2002.

Material eletrônico

Artigo de revista na internet:

Aboud S. Iniciativa de melhoria da qualidade em lares de idosos: a ANA atua como consultora. Sou J Enfer [Internet]. Junho de 2002 [citado em 12 de Agosto de 2002]; 102 (6): [cerca de 1 p.].

Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

Monografia na internet:

Foley KM, Gelband H, editores. Melhorar os cuidados paliativos para o câncer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [citado em 9 de julho de

2002]. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/10149/improving-palliative-care-for-cancer>.

Finalização da submissão: ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão". Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.