

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

EU NÃO TENHO O QUE ESCOLHER, NÃO. JÁ ESTÁ ESCOLHIDO POR ELES!
ESTUDO QUALITATIVO SOBRE EXPECTATIVAS E EXERCÍCIO DA
AUTONOMIA DE MULHERES ACERCA DA ESCOLHA DA VIA DE
NASCIMENTO NO BRASIL.

BÁRBARA DIAS REZENDE GONTIJO

DOUTORADO

2021

BÁRBARA DIAS REZENDE GONTIJO

EU NÃO TENHO O QUE ESCOLHER, NÃO. JÁ ESTÁ ESCOLHIDO POR ELES!
ESTUDO QUALITATIVO SOBRE EXPECTATIVAS E EXERCÍCIO DA
AUTONOMIA DE MULHERES ACERCA DA ESCOLHA DA VIA DE
NASCIMENTO NO BRASIL.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.
Orientadora: Prof. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro

Co-Orientadora: Prof. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G641
2021

Gontijo, Bárbara Dias Rezende, 1988-
Eu não tenho o que escolher, não. Já está escolhido
por eles! [recurso eletrônico] : Estudo qualitativo
sobre expectativas e exercício da autonomia de mulheres
acerca da escolha da via de nascimento no Brasil. /
Bárbara Dias Rezende Gontijo. - 2021.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.

Coorientadora: Efigenia Aparecida Maciel de Freitas.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.te.2022.125>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Paro, Helena Borges Martins da
Silva, 1977-, (Orient.). II. Freitas, Efigenia Aparecida
Maciel de, 1965-, (Coorient.). III. Universidade Federal
de Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV.
Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 11 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: (34) 3225-8628 - www.ppcsafamed.ufu.br - ppcsaf@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Dissertação de Tese de Doutorado Nº 019/PPCSA				
Data:	16.12.2021	Hora de início:	08:30h	Hora de encerramento:	13:30h
Matrícula do Discente:	11713CSD001				
Nome do Discente:	Bárbara Dias Rezende Gontijo				
Título do Trabalho:	"Eu não tenho o que escolher, não. Já está escolhido por eles! Estudo qualitativo sobre expectativas e exercício da autonomia de mulheres acerca da escolha da via de nascimento no Brasil"				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	1: EPIDEMIOLOGIA DA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Teams, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Vanessa Santos Pereira Baldon (UFU) e Carla Denari Giuliani (UFU), Melania Maria Ramos de Amorim (IMIP), Kleyde Ventura de Souza (UFMG) e Professora Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU) orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Kleyde Ventura de Souza, Usuário Externo**, em 16/12/2021, às 12:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do



Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Helena Borges Martins da Silva Paro, Professor(a) do Magistério Superior**, em 16/12/2021, às 13:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Santos Pereira Baldon, Professor(a) do Magistério Superior**, em 16/12/2021, às 13:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Carla Denari Giuliani, Professor(a) do Magistério Superior**, em 20/12/2021, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Melania Maria Ramos de Amorim, Usuário Externo**, em 21/12/2021, às 17:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3261970** e o código CRC **DA628348**.

DEDICATÓRIA

*Ao meu amado marido, parceiro de vida, Kleber Gontijo.
Às minhas amadas filhas, Manuela, Beatriz e Nicole, minha alegria, minha vida todinha!*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Grande e Poderoso Deus. O Senhor conhece os desejos do meu coração. Como desejei percorrer este caminho e concluir este trabalho com zelo! Obrigado Senhor por ter sido tão presente em todas as circunstâncias, por ter enxugado tantas lágrimas e promovido tantos risos! Por ter me carregado no colo em tantos momentos e por ter me fortalecido para não desistir, para chegar até aqui! Em certo momento falei que precisava de uma única coisa para terminar esse doutorado: um milagre! O milagre aconteceu, graças ao Maravilhoso Deus que sirvo! Aqui estou eu! Desejo que muitas pessoas sejam alcançadas por este trabalho!

Ao meu marido Kleber Gontijo! Obrigada por sonhar e viver comigo cada um dos meus sonhos! Ah, só nós sabemos como foi gestar e parir três filhas maravilhosas concomitantemente ao gestar e parir este trabalho! Foram muitos os desafios, mas conseguimos! Essa vitória é tão sua quanto minha! É nossa! Obrigada por tanto! Obrigada por tudo! Foi difícil, eu sei... Mas passou, concluímos juntos, mais fortalecidos no amor e na admiração. Agradeço a Deus todos os dias pela sua vida, pelo marido e pai maravilhoso que você é! Te amo!

Às minhas amadas filhas Manuela, Beatriz e Nicole, obrigada grandes amores da minha vida! Obrigada pela alegria que vocês compartilham comigo todos os dias. Quando crescerem, entenderão o quão desafiador foi para a mamãe concluir esse doutorado. Conseguimos! Quando vocês crescerem mostrarei para vocês um segredinho que guardei nessa jornada: chorei cada vez que precisei entrar para o quarto e deixar uma de vocês batendo à porta. Chorei todos os dias que queria dedicar totalmente a vocês, mas precisei abrir mão desse tempo para estudar. Espero que um dia vocês possam ser inspiradas por essa trajetória. Espero que possam ir mais longe do que eu e papai fomos! Espero que entendam esse tempo que passamos! É para vocês e por vocês tudo que faço na minha vida!

Aos meus pais Gilca Maria Dias e Mário Augusto Rezende por terem me ensinado tudo aquilo que nenhum banco de escola me ensinou! Obrigada pelo conhecimento para a vida e por todo empenho, sempre, para que eu conseguisse estudar e alcançar todos os meus sonhos!

À minha sogra Abadia Gontijo e meu sogro Sebastião Gontijo. Tenho certeza que minha dedicação aos estudos foi suprida. Abadia, tenho certeza que com o mesmo cuidado e amor de mãe você cuidou, alimentou, fez dormir, escovou os dentes das meninas. Quero que saiba que eu sempre soube que as meninas comeram doce antes das refeições principais! Mas eu sempre fiquei tranquila quando precisei de socorro, porque tinha você aqui com elas.

Ao meu irmão Mário Augusto, minha cunhada Maily, minha irmã Dhalila, meu cunhado Reginaldo, minha cunhada Kleibyane, meu concunhado Fábio, aos meus sobrinhos Gabriela, Murilo, Mário Augusto, Geovana, muito obrigada pela alegria de estar junto, pelos risos, pelas brincadeiras, pelo amor que nos une!

Às minhas amadas avós Terezinha Laurentti Rezende e Terezinha Flauzino Dias! Obrigada pelas palavras mansas de ânimo e renovo. Obrigada por tanto cuidado dedicado à minha família, às minhas filhas. Obrigada pelas refeições preparadas com tanto carinho! Amo vocês!

À Solange e Virgínia, que vieram me acudir na prorrogação do segundo tempo para conseguir concluir a jornada. Obrigada por cuidar, muito obrigada pelo carinho com as minhas filhas! As palavras de vocês sempre me confortavam: “Pode ir tranquila, vai ficar tudo bem!”. Vocês tinham toda razão!

À minha orientadora Helena Paro, como eu a admiro! Você desempenhou com tanto esmero o papel de orientadora! Não poderia ter sido mais leve, mais gostoso cursar esse doutorado! Obrigada pela compreensão, pela presença e por não ter desesperado diante de cada gravidez anunciada, afinal, foram três filhas em um doutorado! Você é maravilhosa! Obrigada por não ter desistido de mim! Além das gestações, dos partos e puerpérios tivemos também pandemia, crianças em casa 24 horas por dia, isolamento no rancho, reuniões online com internet falhando, crianças chorando, vaca mugindo, amamentação e Bárbara desorientando! Obrigada por insistir!! Obrigada por me ensinar com palavras, no silêncio, no olhar, nas atitudes. Eu aprendi tanto com você! Te admirei ao observar como fazia cada correção, por cada ensinamento, por ter acreditado em mim! Eu já conhecia a Prof. Helena Paro antes de ser sua orientanda. Mas, depois dessa parceria, eu conheci um ser humano maravilhoso!! Obrigada também porque me acolheu em uma das fases mais difíceis que passamos: o nascimento prematuro da nossa primogênita! Você esteve presente em cada decisão, me fez conhecedora de cada uma das evidências científicas disponíveis sobre o tema, você participou da cesárea, me consolou tanto, me visitou na UTI!! Obrigada por tudo, por tanto! A você, minha gratidão pela oportunidade, pelo respeito sempre, pela confiança, e por ter sido muito mais que uma orientadora!! Desejo que todos os seus sonhos se realizem, que Deus te abençoe infinitamente e que você colha os frutos de tamanha dedicação ao ensino, à pesquisa e extensão brasileira.

À minha grande amiga Efigenia Aparecida Maciel de Freitas. Como eu admiro você! Me espelho em você! Você é um ser humano incrível, um instrumento poderoso nas mãos de Deus, uma profissional excelente! Sua competência é de encher os olhos e o coração!

Obrigada por me abençoar infinitamente com suas palavras de ânimo e por ter se disposto sempre e contribuído significativamente em todas as etapas desse trabalho! Gratidão pela disposição, por compartilhar tanto, por se dedicar infinitamente, por ter sempre uma palavra amiga para me abençoar! Que você seja recompensada por Deus! Amo você!

À minha querida amiga Mayla Silva Borges. Você foi o auxílio mais lindo que eu poderia ter tido na coleta de dados! Sua contribuição alegrou muito meu coração! Foi uma honra ter percorrido essa jornada de realização dos grupos focais com você! Obrigada por ter aceito o desafio de dividir comigo essa pesquisa! Você fez toda diferença, minha gratidão!

Aos meus amigos da Escola Técnica de Saúde, pela parceria nesta longa jornada. Em especial, agradeço aos queridos: Tatiana Carneiro Rezende e Richarlisson Borges de Moraes, por promoverem tantos risos em meio aos inúmeros momentos de desespero que enfrentei na caminhada. Vocês são demais!

À Bruna Aparecida Rodrigues Duarte, aluna tão dedicada que esteve comigo na etapa de análise dos dados desse doutorado. Obrigada por ter me auxiliado a me aventurar pelos caminhos do uso de softwares na análise qualitativa. Você ainda vai brilhar muito na sua jornada profissional! Desejo todo sucesso a você!

Aos docentes e técnicos administrativos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, por todo auxílio e disposição durante o percurso.

À Prefeitura Municipal de Uberlândia, meu agradecimento pelo apoio e oportunidade de campo para minha pesquisa.

Às equipes das Unidades de Saúde da Família do município de Uberlândia, meu agradecimento sincero pela colaboração. Obrigada pelo empenho no agendamento e efetivação de cada um dos grupos focais. Vocês foram essenciais! Fizeram esse percurso ser mais leve e prazeroso! Obrigada por tudo!

EPÍGRAFE

*Aqueles que semeiam com lágrimas,
com cantos de alegria colherão.
Aquele que sai chorando
enquanto lança a semente,
voltará com cantos de alegria,
trazendo os seus feixes (Salmos 126:5-6).
Bíblia Sagrada*

RESUMO

Introdução: A assistência ao parto sofreu grandes mudanças ao longo dos anos e o parto fisiológico deu espaço a uma assistência cada vez mais medicalizada e intervencionista. O modelo biomédico contribuiu para que as mulheres perdessem sua autonomia e protagonismo no momento do parto. Nesse modelo atual de atenção obstétrica a maioria das mulheres não tem suas escolhas da via de nascimento respeitadas e há um desencontro entre o desejo pelo parto vaginal e o desfecho em cesariana. **Objetivos:** Analisar as concepções de mulheres grávidas sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento bem como o exercício da autonomia na (não) escolha do modo de nascer de seus filhos (as). **Material e Métodos:** Estudo qualitativo, realizado a partir de quatro grupos focais, com 31 gestantes primigestas e não primigestas, em quatro unidades básicas de saúde da família de um município de Minas Gerais com elevadas taxas de cesárea. Fizemos análise lexical através de Nuvem de Palavras e Árvore de Similitude e análise temático-categorial. Para a análise quantitativa de variáveis categóricas realizamos cálculo de frequência de palavras, classificação hierárquica descendente por similaridade e análise fatorial de correspondência. Para análise qualitativa das variáveis categóricas realizamos análise de conteúdo. **Resultados:** A partir da inferência de quatro classes (rede de saúde; recursos e tecnologias de saúde; expectativas sobre as vias de nascimento e expectativas sobre o trabalho de parto), identificamos a peregrinação das gestantes devido à desarticulação dos serviços de saúde, a indicação rotineira de procedimentos desnecessários associados ao excesso de intervenções e o modelo de assistência centrado no médico como fatores que influenciaram na decisão das mulheres pela via de nascimento. As mulheres não se sentem participativas nem respeitadas na escolha da via de nascimento e suas decisões não são pautadas no exercício da autonomia. A (não) escolha da via de nascimento esbarra na imposição profissional, na falta de disponibilidade profissional para acompanhar o trabalho de parto e parto, no receio de vivenciar uma experiência ruim e nas indicações falaciosas de cesariana. Por não terem escolha, as mulheres optam pela “cesárea a pedido” visando fugir da violência obstétrica. Existe uma “autonomia limitada”, exercida sem conhecimento prévio dos riscos e benefícios de cada modo de nascer. **Conclusões:** A peregrinação atrelada à desarticulação da rede de saúde, ao uso excessivo de recursos e tecnologias de saúde, ao excesso de indicações de cesárea e à baixa atuação de enfermeiras obstétricas, inviabilizou uma experiência de parto positiva, em contraposição às expectativas das mulheres. Na perspectiva das parturientes, o modo de nascer é determinado pelos profissionais que assistem o parto e as mulheres não têm exercido autonomia nessa

decisão. Há um retrocesso no reconhecimento dos direitos femininos que impossibilita o exercício pleno da autonomia no trabalho de parto e nascimento.

Palavras-chave: parto vaginal, cesárea, grupos focais, autonomia pessoal, decisões, violência obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth care has undergone major changes over the years and physiological childbirth has given way to increasingly medicalized and interventionist care. The biomedical model contributed to women losing their autonomy and protagonism during childbirth. In this current model of obstetric care, most women do not have their birth route choices respected and there is a mismatch between the desire for vaginal birth and the outcome with a cesarean.

Aims: Analyze the conceptions of pregnant women about their expectations related to the way of birth, as well as the exercise of autonomy in (not) choosing the way their children are born. **Material and methods:** Qualitative study, carried out from four focus groups, with 31 pregnant women primiparous and non-primiparous women, in four basic family health units in a city in Minas Gerais with high rates of cesarean section. We did lexical analysis through Word Cloud and Similitude Tree and analysis thematic-category. For the quantitative analysis of categorical variables, we performed word frequency calculation, descending hierarchical classification by similarity and factorial correspondence analysis. For qualitative analysis of categorical variables, we performed content analysis. **Results:** From the inference of four classes (health network; resources and technologies of health; expectations about the routes of birth and expectations about labor), we identified the pilgrimage of pregnant women due to the disarticulation of health services, the routine indication of unnecessary associated procedures to the excess of interventions and the doctor-centered care model as factors that influenced the decision of women about the route of birth. Women do not feel participative or respected when choosing the route of birth and their decisions are not based on the exercise of autonomy. The (non) choice of birth route it comes up against professional imposition, the lack of professional availability to accompany the labor and delivery, the fear of experiencing a bad experience and the fallacious indications for cesarean delivery. Because they have no choice, women opt for “cesarean on demand” in order to avoid obstetric violence. Exists a “limited autonomy”, exercised without prior knowledge of the risks and benefits of each mode of birth. **Conclusions:** The pilgrimage linked to the disarticulation of the health network, the excessive use of health resources and technologies, the excess of indications for cesarean sections and the low performance of obstetric nurses, made a positive birth experience impossible, in contrast to the expectations of women. From the perspective of parturients, the mode of birth is determined by the professionals who attend the birth and women have not exercised autonomy in this decision. There is a setback in the recognition of women's rights that makes it impossible to fully exercise autonomy in labor and birth.

Keywords: vaginal birth, cesarean section, focus groups, personal autonomy, decisions, obstetric violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 1: VIA DE NASCIMENTO: EXPECTATIVAS DE MULHERES EM UM MUNICÍPIO COM ALTA PREVALÊNCIA DE CESÁREAS

Figura 1. Dendograma de classes obtido a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)..... 63

Figura 2. Análise Fatorial de Correspondência (AFC) obtida a partir das falas das mulheres nos grupos focais..... 66

ARTIGO 2: *JÁ ESTÁ ESCOLHIDO POR ELES!* ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A AUTONOMIA DAS MULHERES NO PARTO

Figura 1. Árvore de similitude dos fatores que influenciam a decisão das mulheres pela via de nascimento..... 77

Figura 2. Nuvens de palavras geradas a partir dos relatos de mulheres primigestas e não primigestas (Figura 2a), de mulheres primigestas (Figura 2b) e de mulheres não primigestas (Figura 2c)..... 84

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1: VIA DE NASCIMENTO: EXPECTATIVAS DE MULHERES EM UM MUNICÍPIO COM ALTA PREVALÊNCIA DE CESÁREAS

Tabela 1. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a porcentagem de UCE em cada classe e palavras com maior qui-quadrado (χ^2) gerado através do software IRAMUTEQ..... 64

ARTIGO 2: *JÁ ESTÁ ESCOLHIDO POR ELES!* ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A AUTONOMIA DAS MULHERES NO PARTO

Tabela 1. Características sociais e obstétricas das mulheres (n=31). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021..... 75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AFC – Análise Fatorial de Correspondência
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
EO – Enfermeira Obstetra
GF – Grupo Focal
HCU – Hospital de Clínicas
HCU-UFU - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IRAMUTEQ – Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PPA – Projeto Parto Adequado
SP – São Paulo
ST – Segmentos de Texto
SUS – Sistema Único de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UCE – Unidade de Contexto Elementar
UCI – Unidade de Contexto Inicial
UFU – Universidade Federal de Uberlândia
UTF8 - *Unicode Transformation Format 8 Bit Codeunits*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1. Considerações iniciais.....	22
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 Escolha da via de nascimento pela mulher	23
2.2 Autonomia	25
2.3 Medo da dor	27
2.4 Violência obstétrica	29
2.5 Atuação da enfermeira obstetra	31
2.6 Iramuteq – utilização de software em pesquisa qualitativa	33
3 OBJETIVOS.....	37
4 RESULTADOS.....	38
Artigo 1	38
Artigo 2	68
5 CONCLUSÕES.....	101
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS.....	114
ANEXO 1 - Normas para publicação - International Nursing Review	114
ANEXO 2 - Normas para publicação - Revista Latino Americana de Enfermagem .	131
APÊNDICES.....	151
APÊNDICE A - Parecer consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa	151
APÊNDICE B - Autorização da Prefeitura de Uberlândia	157
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Gestantes..	158
APÊNDICE D - Questionário Sociodemográfico e Obstétrico.....	161
APÊNDICE E – Roteiro de condução dos grupos focais	162

1 INTRODUÇÃO

O parto transformou-se, durante os últimos anos, de acontecimento natural do sexo feminino, em um evento técnico e medicalizado, através do qual o parto vaginal se tornou uma ocorrência desconhecida e amedrontadora para as mulheres (WEIDLE et al., 2014).

Com a ascensão da biomedicina, as práticas de assistência ao parto e nascimento sofreram profundas transformações no decorrer do século XX. De eventos privados e assistidos por parteiras tradicionais, essas práticas paulatinamente foram transferidas para o ambiente hospitalar e centralizadas na figura do médico, tornando-se cada vez mais dependentes de intervenções tecnológicas e difundindo-se em um modelo tecnocrático de parir e nascer (JORDAN, 1993).

Esse modelo assistencial vigente, com a prática excessiva de intervenções, desrespeita a fisiologia do parto e desvia o foco das necessidades da mulher, além de interferir na dinâmica familiar, pois deixa de ser centralizado na pessoa, com suas crenças e valores, o que pode favorecer a adoção de um comportamento passivo da mulher (SHORTEN et al., 2005).

Visando interferir nesse modelo de assistência obstétrica, no Brasil, as práticas de parto têm sido pauta importante nas discussões em saúde pública nos últimos 30 anos devido à magnitude da mortalidade materna e neonatal e ao uso indiscriminado de tecnologias na assistência (PATAH; MALIK, 2011). Esse fenômeno característico de intensa medicalização do processo do nascimento é resultado do desenvolvimento tecnológico, mas com persistência de ressaltados números de morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ et al., 2009).

Essa inadequação do modelo de atenção ao parto era evidente desde a década de 1990, período no qual surgiu uma série de ações governamentais voltadas para a redução das taxas de cesárea, a qual era de aproximadamente 27% (BELIZÁN et al., 1999). No entanto, a proposta de humanização da assistência só ocorreu nos anos 2000, quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002) e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

Em 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabeleceu um Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal no país, que definiu alguns pontos que mudam a relação do serviço com a mulher, bebê e acompanhante.

Para tanto, considerou o parto e nascimento como acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico (BRASIL, 2005). Neste sentido, foi estipulado um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientaria um fluxo de atendimento próprio. Porém, muitos estudos têm demonstrado que esse conteúdo mínimo de ações não está sendo executado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil (PARADA, 2008).

Atualmente, diversos movimentos sociais têm reunido mulheres e profissionais de saúde visando promover a transformação das práticas de parto e nascimento na perspectiva da humanização e dos direitos reprodutivos. Apesar disso, o país ainda se destaca no cenário mundial, com mais da metade dos nascimentos sendo realizados através da cirurgia cesariana, em sua maioria eletiva (LEAL et al., 2012).

Estes movimentos sociais têm estimulado as mulheres a se empoderarem contra o viés da reprodução, no qual a medicalização do corpo feminino transformou gravidez em doença e parto em um evento cirúrgico. Prometendo melhores condições de parto, a medicalização é responsável por interferências desnecessárias e pelo deslocamento da mulher do papel de protagonista para objeto de intervenção (COSTA et al., 2006).

Visando garantir a melhoria das condições de parto, nas propostas de reformulação desse modelo, buscam-se o cuidado centrado na mulher e o uso das tecnologias disponíveis de forma menos intervencionista e mais humanizada (ROCHA; FERREIRA, 2020). Busca-se ainda reverter o modelo em que o médico é o ator principal no cenário do parto, enquanto a mulher se torna coadjuvante por não se sentir ativa no processo de dar à luz o seu filho (SOUZA; SILVA; ALVES, 2016).

Ressaltamos que a medicalização do processo de nascimento tornou o parto um evento médico e, este fato contribuiu diretamente para elevação das taxas de cesarianas, as quais têm sido apontadas como causa dos elevados índices de complicações maternas e neonatais no mundo (ACOG, 2019; CHEN et al. 2018). O Brasil é o segundo país com a maior taxa de cesáreas do mundo, ultrapassando 55% dos partos e perdendo apenas para República Dominicana, com 58% dos partos cirúrgicos (OMS, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas de cesárea maiores que 10-15% não são ideais (BETRAN et al., 2016). A justificativa para essa recomendação é baseada em uma revisão sistemática que mostrou que taxas superiores estão correlacionadas com aumento na mortalidade materna e neonatal e podem gerar impactos negativos em gestações futuras, gerando sobrecarga nos sistemas de saúde (YE et al., 2016; BETRAN et al., 2016; FESTIN et al., 2009; BEGUN et al., 2017).

As razões para o aumento global das taxas de cesárea são inúmeras e incluem fatores clínicos e não clínicos. O aumento das indicações médicas, fatores sociais, culturais e econômicos têm sido apontados enquanto responsáveis pelo aumento na realização da cirurgia cesariana (MYLONAS; FRIESE, 2015; AMINU et al., 2014; ONER et al., 2016; FENG et al., 2012).

Dentre as indicações médicas de cesariana, existem as indicações maternas e fetais, absolutas e relativas. Genericamente, constituem indicações de cesarianas: herpes ativo no momento do trabalho de parto; condilomas ou outros tumores que impeçam a progressão da apresentação fetal; distócias que podem ser de ombro, por desproporção céfalo-pélvica, macrossomia fetal ou apresentação pélvica; gemelaridade (dependendo da idade gestacional e apresentação); infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (dependendo da carga viral e de condições ligadas ao trabalho de parto); acretismo placentário; placenta prévia central; prolapso de cordão umbilical; sofrimento fetal agudo e descolamento prematuro de placenta se a cesariana for a via de parto mais rápida; vasa previa detectado antes do trabalho de parto; dentre outras (MYLONAS; FRIESE, 2015).

Ainda dentre as possíveis indicações de cesariana, existe o chamado “fator médico”, que atribui o aumento da cesárea a motivos médicos institucionais, que também podem ser considerados um fator importante que impacta diretamente nas elevadas taxas de cesárea (BARBER et al., 2011; POMA, 1999). Se por um lado a escolha da via de nascimento deveria considerar a preferência ou o desejo da mulher, por outro lado, a maioria das indicações é pautada na conveniência ou no interesse do médico (KNOBEL, 2020; RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Nesse contexto, surge a justificativa médica de que parte das cesáreas é realizada a pedido da mulher. Entretanto, é sabido que a escolha da via de nascimento é muito mais do que um desejo por parte das mulheres, pois depende do acesso às orientações durante o período pré-natal e envolve aspectos familiares, culturais e institucionais (CAMARA et al. 2016; OLIVEIRA; PENNA 2017).

A incidência de parto cesáreo por solicitação materna e sua contribuição para o aumento geral da taxa de partos cesáreos não são bem conhecidas, mas estima-se que 2,5% de todos os partos nos Estados Unidos sejam cesáreas a pedido materno (ACOG, 2019). É considerada cesárea a pedido materno a cesárea solicitada por uma gestante sem indicações médicas e sem contra-indicação para tentativa do parto vaginal (CAMARA et al., 2016).

Nas situações em que uma mulher deseja um parto cesáreo, seu médico deve considerar seus fatores de risco específicos, como idade, índice de massa corporal, precisão da

idade gestacional estimada, planos reprodutivos, valores pessoais e contexto cultural. Na ausência de indicações maternas ou fetais para parto cesáreo, um plano de parto vaginal deve ser recomendado (ACOG, 2019).

Depois de explorar as razões por trás da solicitação da mulher grávida e discutir os riscos e benefícios, se a paciente decidir prosseguir com o parto cesáreo, recomenda-se que a cesárea não seja realizada antes da idade gestacional de 39 semanas e que as pacientes sejam informadas dos riscos potenciais da cesariana a pedido, tais como: rotura uterina, placenta prévia e acretismo, os quais aumentam com cada cesariana subsequente (CAMARA et al., 2016).

Com vistas a conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, a pesquisa Nacer no Brasil realizou um inquérito nacional sobre o parto e o nascimento. Os resultados dessa pesquisa mostraram que a maioria das mulheres tiveram seus filhos por meio de cesárea, 52% dos nascimentos. No setor público, envolvendo serviços do SUS e os contratados do setor privado, as cesarianas chegaram a 46%. No setor privado, a proporção de cesáreas chegou a 88% dos nascimentos (LEAL et al., 2014).

Após a publicação dos resultados dessa pesquisa, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou resolução que estabelece normas para estímulo do parto normal e a consequente redução de cesáreas desnecessárias na saúde suplementar (BRASIL, 2017). Outra ação desenvolvida pela ANS foi o Projeto Parto Adequado (PPA), que surgiu com o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU) foi um dos cinco hospitais públicos selecionados para participação no PPA, já que, em 2014, realizou 2.161 partos, dos quais 1.510 (69,9%) foram cesáreas.

A proporção de cesariana apresenta distribuição desigual no país, sendo maior em serviços privados e residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, sendo determinada, em muitos casos, por fatores não clínicos (DOMINGUES et al., 2014). O município do estudo é situado na região Sudeste e é um dos municípios com a maior taxa de cesárea do Brasil. Estas altas taxas são, em alguns casos, justificadas pela “cesárea a pedido”.

Ressaltamos que, antes de se falar em cesárea a pedido enquanto possível motivo para o aumento das taxas de cesárea é preciso refletir acerca da escassez de estudos que utilizam a perspectiva da mulher como objeto de análise, a qual é reflexo do desinteresse em ouvir as mulheres quanto a sua participação nas decisões sobre o seu corpo. Visando sanar esta lacuna,

esse estudo deu voz às mulheres através da realização de grupos focais em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

Sabe-se que a decisão da gestante pela via de nascimento normalmente antecede o momento do parto, sendo construída durante a realização do pré-natal. A realização desses grupos focais (GFs) se constituiu em uma das estratégias para proposta de intervenções que constaram no pacote de mudanças do PPA com o objetivo de reduzir as taxas de parto cesáreo do HCU-UFU, visto que parte destas gestantes são encaminhadas para este hospital no momento do parto.

Destarte, o trabalho ouviu as gestantes bem como suas preferências relacionadas ao modo de nascer, demonstrando aos profissionais de saúde e às próprias mulheres a importância das orientações do pré-natal acerca das vias de nascimento, possibilitando que as informações recebidas cooperem para uma tomada de decisão autônoma e consciente quanto à via de nascimento.

Tendo em vista as altas prevalências mundiais de cesárea, este estudo analisou as concepções de mulheres grávidas sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento bem como o exercício da autonomia na (não) escolha do modo de nascer de seus filhos (as).

1.1. Considerações iniciais

A formatação desta tese seguiu o modelo alternativo estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, o qual determina que os resultados da tese sejam apresentados em formato de artigos científicos.

A tese foi organizada nas seguintes seções: inicialmente, uma **Fundamentação Teórica** foi apresentada como forma de revisão da literatura sobre os temas abordados na tese. Foram elencados os **Objetivos** em que são expostos os propósitos do estudo; os **Resultados**, que contemplam dois artigos elaborados; a **Conclusão**, que discorre sobre a síntese dos principais resultados do estudo; e o **Pós-texto**, no qual estão incluídos referências bibliográficas, anexos e apêndices.

O primeiro artigo intitulado: “*Via de nascimento: expectativas de mulheres em um município com alta prevalência de cesáreas*” teve como objetivo analisar as concepções de mulheres sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento em um município brasileiro com elevadas taxas de cesárea. Este artigo será submetido no periódico: *Internacional Nursing Review* (Fator de impacto = 2.03).

O segundo artigo intitulado: “*Já está escolhido por eles! Estudo qualitativo sobre a autonomia das mulheres no parto*” teve como objetivo analisar o exercício da autonomia na (não) escolha da via de nascimento entre mulheres grávidas. Este artigo será submetido no periódico: *Revista Latino Americana de Enfermagem* (Fator de impacto = 1.44).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Escolha da via de nascimento pela mulher

A escolha do modo de nascer pelas mulheres tem sido abordada há algumas décadas (SALAS et al., 2020). A informação e a decisão informada nas ações de saúde são direitos da mulher que devem ser promovidos. No processo da parturição, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com o seu bebê e também de optar pela via de nascimento. O profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, os tratamentos e as alternativas, e dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado (ARMELLINI; LUZ, 2003; FUSTINONI; MERIGHI, 2003).

Sabemos que a escolha da via de nascimento, em muitas situações, não considera o desejo da mulher e perpassa apenas pela soberania do médico. A sutil ou explícita interferência do obstetra sobre a escolha das mulheres influencia o desfecho do parto em cesariana e sugere que elas não têm conseguido escapar das "armadilhas" de um modelo biomédico mercantilizado, interventor e iatrogênico, institucionalizado e legitimado pela sociedade (CARDOSO; BARBOSA, 2012).

Do ponto de vista das políticas públicas e dos programas de saúde da mulher, a escolha informada no parto deve ser assegurada, visto que a mulher tem domínio sobre o próprio corpo (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012). É sabido que o despreparo e o medo das mulheres em relação ao parto vaginal estão intimamente relacionados com a falta de informação sobre os riscos e benefícios de cada uma das vias de nascimento. No processo de gerar e parir a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com seu bebê (SODRÉ et al., 2010).

A insegurança em relação ao processo de parir interfere diretamente no sistema emocional da gestante, diminuindo a confiança dela na capacidade de ser protagonista do seu parto. O parto pode e deve ser o momento de reafirmação da capacidade feminina, mas o medo do parto vaginal se apodera de algumas mulheres e esse sentimento as impossibilita de acreditar em sua capacidade de vivenciar este momento de forma menos intervencionista (WEIDLE et al., 2014).

A educação em saúde é uma importante ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Os profissionais de saúde envolvidos na

assistência à mulher grávida tem obrigação ética e legal de oferecer-lhe informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e de dar-lhe a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas, propiciando uma escolha pautada em informações reais (PROGIANTI; COSTA, 2012).

A escolha informada no parto depende de mudanças no modelo de cuidado à gestante, que está em processo de construção. Para tanto, faz-se necessário profissionais sensibilizados, que não atendam preferencialmente às suas conveniências, mas que adotem o modelo menos intervencionista, com uso apropriado da tecnologia e que individualizem o cuidado entendendo o parto como um evento biológico, social, cultural, sexual e espiritual (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

No Brasil, o modelo predominante de assistência ao parto é extremamente intervencionista, pois penaliza a mulher e sua família, ao priorizar as rotinas institucionais em detrimento da fisiologia e dos aspectos sociais e culturais do parto. A distância impressionante entre as evidências científicas e a prática obstétrica é um exemplo do quanto a cultura institucional, técnica, corporativa, sexual e reprodutiva tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritário, na organização das práticas de saúde (DINIZ, 2005).

Essa organização da assistência obstétrica limita a possibilidade de escolha da mulher sobre a via de nascimento (DOMINGUES et al., 2014) e, apesar das mudanças que vem ocorrendo no cenário obstétrico, a realidade brasileira é de que a preferência das mulheres muitas vezes não tem sido fator decisivo na determinação da via de nascimento, pois, em alguns serviços, ainda trata-se primordialmente, de uma decisão médica (RISCADO; JANOTTI; BARBOSA, 2016).

No setor privado, a maioria das mulheres escolhe uma cesárea por ter acesso a informações muito parciais e pouco orientadas pelas evidências de segurança e satisfação, enquanto elas deveriam considerar os múltiplos fatores envolvidos nessa decisão, não restringindo o critério da escolha ao desejo do obstetra ou à ausência de dor, previsibilidade e rapidez (DINIZ, 2009).

As causas da alta proporção de cesarianas têm sido discutidas e diversas hipóteses têm sido levantadas, tais como o medo cultural das mulheres de parir e a conveniência desse tipo de parto para os profissionais que o realizam. Vale ressaltar que o parto cesáreo configura um problema de Saúde Pública, dados os possíveis riscos causados de forma desnecessária nos partos que aconteceriam sem intercorrências (WEIDLE et al., 2014).

Outra informação importante é que em serviços de saúde pública no Brasil, a minoria de mulheres grávidas submetidas ao parto vaginal também sofre manipulação excessiva, permanecem confinadas, são impedidas de andar ou comer, recebem ocitocina e dão à luz na posição supina, com o auxílio de uma episiotomia. Ressaltamos que nenhum desses procedimentos é recomendado pela OMS (LEAL, 2012).

Estudo realizado em São Paulo (SP) apontou várias expectativas de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca do parto e da assistência obstétrica: ser acolhida; poder fazer perguntas e obter respostas em seu pré-natal; ser respeitada; ter espaço para sua dor e vulnerabilidade; poder gritar se o desejar; ter assistência de boa qualidade, com acesso disponível à tecnologia quando necessária; ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos e necessidades; e, finalmente, poder compartilhar com os profissionais de saúde os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto (HOTIMSKY et al., 2002).

A decisão acerca da via de nascimento é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Portanto, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN): o direito de livre escolha da via de nascimento, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto (BRASIL, 2001).

Sabe-se que a expectativa das mulheres a respeito da escolha da via de nascimento tem relação com o conhecimento das mesmas sobre o assunto e as informações que são repassadas pelos profissionais da área de saúde (OLIVEIRA; PENA, 2018). Portanto, torna-se importante uma maior aproximação da gestante com o profissional, garantindo uma atenção integral e de qualidade à mulher, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que diz respeito ao ciclo gravídico-puerperal visando promover uma escolha de fato autônoma (VELASQUE; PRADEBON; CABRAL, 2011).

Nesse contexto, torna-se necessário desenvolver ações que estimulem o exercício da autonomia feminina nos processos decisórios que envolvem as questões da saúde reprodutiva, preservando e garantindo a experiência do parto como um direito inalienável das mulheres, seus companheiros e familiares (CARDOSO; BARBOSA, 2012).

2.2 Autonomia

No Brasil, o índice de partos cesáreos chegou a 55% em 2018 e, segundo os médicos, isso se deve principalmente à solicitação das mulheres. No entanto, é importante compreender como as mulheres percebem a autonomia na escolha da via de nascimento (SALAS et al., 2020).

O recente fenômeno das mulheres ‘escolhendo’ cesariana, na ausência de qualquer indicação médica específica levanta questões sobre a natureza da autonomia no nascimento. Enquanto que o discurso da bioética dominante está acostumado a associar autonomia a ter uma grande variedade de escolhas, essa concepção de autonomia não parece adequada no contexto atual (KUKLA et al., 2009).

A autonomia é definida como o direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que nele possam ser realizados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Para garantir o pleno exercício da autonomia das mulheres em decidir sobre sua saúde e bem estar, é preciso primeiramente orientá-las sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cesárea (PORTO; GARRAFA, 2005).

Neste sentido, existem mulheres que desejam exercer sua autonomia de decisão no que se refere ao planejamento das modalidades de seu trabalho de parto e parto. Por outro lado, há mulheres que não têm ideia de autonomia para tomar decisões ou não têm acesso a ela (DEN BERG et al., 2018).

A tomada de decisão informada é o processo pelo qual a autonomia de um paciente pode ser exercida, demonstrada e legalmente avaliada. Para ser um reflexo genuíno dos valores maternos, crenças e liberdade de escolha, as decisões devem ser tomadas por uma pessoa considerada livre e competente, após equilibrar cuidadosamente todas as informações disponíveis sobre as opções, riscos, benefícios e alternativas (POTTER, 2008).

A fim de resgatar a autonomia feminina na cena do parto, o movimento feminista juntamente com outros setores da sociedade, passou a criticar fortemente o atual modelo obstétrico tecnocrático. Questiona-se a qualidade da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, a institucionalização do parto e o uso rotineiro de intervenções desnecessárias (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Neste sentido, uma revisão realizada em 2017 sobre a autonomia feminina no processo de nascimento listou as principais interferências positivas e negativas para o exercício da autonomia das mulheres. Foram evidenciadas como práticas que favorecem o exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento: as práticas assistenciais extra-hospitalares; as práticas assistenciais de apoio e conforto; e as práticas

assistenciais educativas. Como práticas que limitam o exercício da autonomia das mulheres brasileiras no processo de parto e nascimento revelaram-se: as práticas assistenciais autoritárias; as práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras; as práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto; e a prática assistencial impessoal e fria (REIS et al., 2017).

Ressaltamos que algumas condutas obstétricas perpetuadas por longos períodos são difíceis de serem mudadas, sendo necessário um processo de discussão, com intuito de fomentar a mudança no cenário obstétrico atual (CARVALHO et al., 2012). É preciso repensar a atuação dos profissionais de saúde e o modelo de atenção que valoriza a técnica em prol do relacionamento humano, visando oferecer a todos os envolvidos no processo de gestação e nascimento a individualização e melhoria do atendimento para proporcionar o resgate da autonomia feminina (PINHEIRO; BITTAR, 2013). Acreditamos que uma maior intervenção da enfermagem deve ser estimulada em prol da autonomia das mulheres, propiciando um resgate do seu protagonismo no processo de parto e nascimento.

2.3 Medo da dor

O trabalho de parto é um acontecimento esperado e temido pelas mulheres e seus familiares, pois está repleto de significados construídos pela cultura, que podem desencadear sentimentos diferentes, expondo assim a mulher a uma insegurança que resultará em medos diversos (SCARTON et al., 2015).

As mulheres consideram a gestação e o parto como eventos significativos em suas vidas, no entanto, o momento de dar à luz costuma estar associado ao grande medo do imprevisível, e as expectativas durante a gravidez podem influenciar negativamente as vivências relacionadas ao parto e à maternidade (BRASIL, 2016).

O fenômeno do medo da dor do parto e todo o conjunto de percepções, sensações, temores, sentimentos e emoções ao redor dele inscrevem-se em muitas dimensões da vida de cada mulher. O medo da dor é uma ideia imposta à mulher por meio de histórias de familiares, de amigos e pela cultura na qual está inserida. Normalmente são experiências negativas sobre o parto, associadas ao temor do desconhecido que fazem com que ele seja exacerbado e permaneça no subconsciente da mulher (TOSTES; SEIDL, 2016).

A dor tem grande significação e importância no contexto da escolha da via de nascimento da mulher e nos faz atentar para o fato de que há uma cultura que se solidificou no

mundo sobre o estereótipo da dor do parto (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018). Essa associação da dor à ideia de sofrimento é um componente cultural que contribui para que a via de nascimento vaginal seja difundida enquanto sinônimo de algo insuportável de se vivenciar e para que a cultura do medo da dor do parto seja amplamente difundida.

O parto como experiência física deve ser vivido em sua plenitude, nenhuma sensação deve ser excluída - e a dor, como sensação, integra essa experiência. Não se trata, portanto, de evitar a dor, como foi o caso do movimento do parto sem dor do pós-guerra, mas de vivê-la em sua plenitude, como parte de uma experiência fantástica, transformadora e libertadora. A dor, na plenitude do parto, pode perfeitamente se transformar em prazer (RUSSO et al., 2019).

O protagonismo - ligado à autonomia, ao consentimento e à informação embasada nas melhores evidências científicas é o que transforma a dor, articulando-a ao prazer (bem-estar, felicidade). A crítica ao poder médico se associa a uma determinada leitura feminista que visa empoderar a mulher através do protagonismo no momento do parto. Patriarcado e medicina se confundem, e a mulher supostamente deve se libertar de ambos através de seu poder corporal de dar à luz suportando a dor (RUSSO et al., 2019).

De acordo com MORAES, a dor do parto ressalta a indissociabilidade entre a atitude perante a dor e a transformação de si através da experiência do parto:

Vemos mulheres fugindo da experiência do parto pelo medo da dor, mas não é o medo da dor que assombra. É o medo de uma experiência muito, mas muito profunda, de mergulho dentro de si, para um lugar que é essencialmente feminino, desconhecido, e com muitas coisas a serem descobertas, enfrentadas, abraçadas, choradas, trazidas à tona. É o medo de uma experiência desconhecida e da qual não temos o controle. O medo maior é o da transformação que o parto irá trazer, de morrer uma parte da mulher-filha, para nascer mulher-mãe (MORAES s/d).

A resignificação da dor no ideário do parto se torna imprescindível para nova identidade da mulher que se torna mãe (BERGERON, 2007) e, para desconstruir a ideia de sofrimento relativa ao parto, é necessário fornecer informações à mulher sobre o funcionamento do seu corpo, a fisiologia do parto e os mecanismos da dor (GOUTAUDIER et al., 2018).

A educação pré-natal adequada sobre o alívio da dor e estratégias anestésicas diante da necessidade obstétrica de alívio da dor para a mãe facilita a tomada de decisão materna durante o parto:

Rattner (2009) relata em seu estudo que “durante o parto, o medo leva à tensão, que leva à dor, que leva a mais medo”. Existem alguns tipos de medo que impedem a mulher a realizar o parto abdominal: “(...) medo de aceitar o impacto de um parto desencadeado de maneira espontânea, medo de ficar permanentemente deformada, de ficar com a vagina alargada e arruinar sua sexualidade, de sentir dores insuportáveis”. Há ainda a observação de que as mulheres que optam pelo parto abdominal o fazem diante de sentimentos de impotência, de que não vão dar conta de parir (MALDONADO, 2002).

Neste cenário, torna-se necessário desconstruir, junto às mulheres, o conceito de dor insuportável que vem sendo disseminado ao longo dos anos. Esse conceito tem contribuído para promover a cultura do medo do parto vaginal. É preciso ressignificar a dor do parto, com vistas a auxiliar as mulheres a viverem a plenitude do processo de parto e nascimento.

2.4 Violência obstétrica

Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher (WHO, 1996).

A violência obstétrica é um problema antigo, apesar da terminologia ser relativamente nova. Esse problema, denominado “abuso”, “desrespeito” e /ou “maus-tratos” durante o parto, foi amplamente abordado, entretanto, não houve consenso sobre como nomear adequadamente esse problema, embora sua tipologia tenha sido bem descrita. Considerando a magnitude do problema, é essencial dar a terminologia correta para essa importante questão de saúde e direitos humanos. Nomear como violência obstétrica e entendê-la como violência baseada em gênero garantirá intervenções apropriadas para evitar essa violação dos direitos das mulheres (KATZ et al., 2020)

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas (ZANARDO et al., 2017). Pesquisa realizada no Brasil em 2012 identificou que 12,7% das queixas das

mulheres versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas (BRASIL, 2012).

É sabido que gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Porém, apesar da disseminação dessas experiências, a OMS aponta que atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidos (OMS, 2014).

A violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (FANEITE; FEO; TORO, 2012; TERÁN et al., 2013).

Essa violência obstétrica está atrelada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias (DINIZ, 2005). Nesse sentido, ela faz parte da violência institucional, exercida pelos serviços de saúde, e se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos (GOMES, 2014).

Frases como: “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” falada pelos médicos e pela equipe se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência (AGUIAR, 2010).

Essa violência sofrida no processo de parto e nascimento pode ser definida como toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC, 2010). Nessa perspectiva, consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde (médicos e não médicos), através de tratamento desumanizado, maus-tratos, abuso da medicalização sem o consentimento explícito da mulher e a patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade (PÉREZ D'GREGORIO, 2010)

A violência obstétrica também se relaciona com a escolha das mulheres pela cesárea. A mulher perde autonomia nas decisões sobre seu parto e submete-se a orientações que não compreende totalmente, o que faz com que profissionais esqueçam que é a mulher quem está com dor e que vai parir (BRASIL, 2001).

O parto, então, tornou-se amedrontador para as mulheres e asséptico para os profissionais de saúde e, neste contexto, a mulher se torna um objeto de manipulações sem consentimento ou sem a informação suficiente sobre as intervenções a serem realizadas (AGUIAR, 2010)

Esse excesso de intervenções no parto no Brasil tem sido reportado como violência obstétrica e contribui para os índices elevados de morbimortalidade materna e neonatal. Dentre essas intervenções destacam-se enquanto violência obstétrica: intervenção não consentida/aceita com informações parciais, cuidado indigno/abuso verbal; abuso físico; cuidado não confidencial/privativo e discriminação (LANSKY, 2019).

Enquanto não reconhecermos que o atual modelo de assistência ao parto, excessivamente tecnocrático, abusivo e permeado de intervenções desnecessárias gera violência contra a mulher, fica difícil modificar as práticas para evitar a violência (KATZ, 2020). A violência obstétrica é uma situação de importância em saúde da mulher e da criança e influencia a cultura e a percepção sobre o parto pela sociedade (LANSKY et al., 2019).

Somente a partir do reconhecimento e da aceitação é que pode se iniciar o processo redentor da desconstrução e da transformação. Não há por que temer o termo violência obstétrica, o que precisamos é envidar todos os esforços para sua erradicação. Se o termo provoca incomodo à comunidade médica, provoca também espaço para debatermos as modificações necessárias (KATZ et al., 2020).

2.5 Atuação da enfermeira obstetra

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a participação da enfermeira obstetra durante o parto, tomando como referência os cuidados, e não a intervenção. Essa afirmação contribui para a redução dos altos índices de mortalidade materna, sendo um importante indicador para avaliação das condições de vida e saúde da população feminina (OMS, 1996).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde há programas e políticas que incentivam a atuação da enfermagem obstétrica. Em 1999 o Ministério da Saúde (MS) iniciou o

financiamento de cursos de enfermagem obstétrica em todo o país, entendendo que a mudança do modelo de atenção passa pela atuação destas profissionais. Em 2000 a enfermagem obstétrica passou a emitir AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e assistir os partos de risco habitual. Na sequência outras ações como a instituição dos Centros de Parto Normal, que foram criados em 1999 e reforçados na Rede Cegonha em 2011, apontam para o respaldo político (BRASIL, 2014).

A assistência ao parto de risco habitual realizado pela Enfermeira Obstétrica (EO) possui características próprias dotadas de respeito, conhecimentos, busca de evidências científicas, que fortalecem cada vez mais a profissão e valorizam a segurança e qualidade da assistência à parturiente e ao recém-nascido (RAMOS et al., 2018).

A Enfermeira Obstétrica no trabalho de parto incentiva a participação ativa das mulheres oferecendo encorajamento e estímulo durante todo processo. Acredita-se, que quando as mulheres superam o medo da dor e adquirem força, há incorporação na cena do parto e se tornam protagonistas do processo de parto e nascimento (PROGIANTI; PRATAL, 2013).

A enfermeira obstetra segue um modelo de assistência que busca resgatar valores como o protagonismo, a individualidade, a privacidade e a autonomia da mulher, objetivando a promoção de partos saudáveis, eliminando intervenções desnecessárias e oferecendo outras práticas comprovadamente benéficas (SILVA et al., 2014).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda a atuação da enfermagem obstétrica partindo do pressuposto de que a gestação e o parto são eventos saudáveis e fisiológicos da vida das mulheres. Por esta razão, elas devem ter uma experiência de parto sem intervenções ou com intervenções mínimas (BRASIL, 2017).

A atuação das enfermeiras obstétricas é comprovadamente benéfica: uma revisão sistemática da Cochrane mostrou que mulheres que receberam cuidado em modelos liderados por enfermeiras obstétricas e obstetrizes, tiveram redução das intervenções obstétricas, aumento na satisfação com os cuidados recebidos sem, entretanto, ter aumento nos resultados adversos. Essa atuação identificou mais de 50 resultados positivos, dentre os quais destacamos: redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal; redução do óbito fetal e da prematuridade e redução no número de intervenções desnecessárias (SANDALL et al., 2016).

O trabalho da enfermeira obstetra é de fundamental importância, tanto nos momentos que antecedem o parto, como no parto e puerpério. Compreendemos que o cuidado, o acolhimento, o tratamento humanizado prestado pela enfermeira obstetra durante essas etapas,

são fatores imprescindíveis e que reforçam a importância da presença da enfermeira obstetra numa equipe multiprofissional e durante todo o ciclo gravídico-puerperal (ALVES et al., 2018).

Neste sentido, torna-se imprescindível promover estímulo à formação e atuação de enfermeiras obstetras na assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, visto que a atuação dessas profissionais auxilia no exercício da autonomia, no controle do medo da dor e contribui para redução dos casos de violência obstétrica e das taxas de cesarianas.

2.6 Iramuteq – utilização de software em pesquisa qualitativa

A partir da década de 1980, a criação de programas computacionais que oferecem auxílio na análise de dados em pesquisas qualitativas aumentou as possibilidades de análise de dados para os pesquisadores (SOUZA et al., 2018).

Entre as vantagens no processo de análise dos dados por meio de softwares, estão o auxílio na organização e separação de informações, o aumento na eficiência do processo e a facilidade na localização dos segmentos de texto (ST), além da agilidade no processo de codificação, comparado ao realizado à mão (CRESWELL; CLARK, 2013).

Dentre os vários softwares disponíveis, estão os de uso livre, que advêm de um movimento pelo compartilhamento do conhecimento tecnológico baseado em princípios como liberdade de uso, cópia, modificações e redistribuição. Esses fundamentos são efetivados pela distribuição do código-fonte dos programas, transformando-os em bens públicos (GARCIA et al., 2010).

Um desses softwares livres é o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2, o qual permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e tabelas de indivíduos/palavras (CAMARGO; JUSTO, 2016). Este software é desenvolvido na linguagem Python e utiliza funcionalidades providas pelo software estatístico R. No Brasil, ele começou a ser utilizado em 2013 em pesquisas de representações sociais, contribuindo para a divulgação de várias possibilidades de processamento de dados qualitativos, visto que permite diferentes formas de análises estatísticas de textos, produzidas a partir de entrevistas, documentos, entre outros (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A análise de dados textuais, ou análise lexical, propõe que se supere a dicotomia clássica entre quantitativo e qualitativo na análise de dados, na medida em que possibilita que

se quantifique e empregue cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas - os textos. Torna-se possível, a partir da análise textual, descrever um material produzido por determinado produtor, seja individual ou coletivamente (um indivíduo ou um grupo), como também pode ser utilizada a análise textual com a finalidade comparativa, relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto (LAHLOU, 1994).

A utilização desse *software* viabiliza a análise desses dados textuais tais como: cálculo de frequência de palavras, árvore de similitude, nuvem de palavras, classificação hierárquica descendente (CHD) de segmentos de texto (ST) e análise fatorial de correspondências (AFC).

Para que seja feita análise textual pelo software IRAMUTEQ é necessário, primeiramente, que seja elaborado o “*corpus*” pelo pesquisador a partir da transcrição das falas que se pretende analisar. O “*corpus*” se constitui no conjunto de textos que pretendemos analisar (RATINAUD, 2009).

Nas análises lexicais clássicas, o programa identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE); identifica a quantidade de palavras, frequência média e número de hapax (palavras com frequência um); pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (lematização); cria dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

A partir da análise do corpus é originado um único arquivo composto por Unidades de Contexto Inicial (UCI). Cada uma das UCI é separada por uma linha de comando, constituída por somente uma variável (n), escolhida conforme o número dado a cada participante (**** *n_1, **** *n_2, até **** *n_31). O arquivo gerado pelo programa é salvo como documento de texto que usa a codificação de caracteres no padrão UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 Bit Codeunits*). As perguntas do roteiro de debate dos grupos focais são suprimidas e, apenas as respostas de forma completa e referenciada à pergunta são mantidas (RATINAUD, 2009).

A partir do “*corpus*”, obtém-se também as Unidades de Contexto Elementar (UCE) apresentadas em cada classe. Essas UCE são, a partir das palavras estatisticamente significativas, o que permite a análise qualitativa dos dados. O processamento do corpus é realizado, são classificadas as UCE e é estabelecida a porcentagem de aproveitamento do *corpus*.

Essas UCE ou segmentos de texto (ST) consistem na menor unidade de análise composta por três ou quatro linhas de texto e respondem à ideia de frase dimensionada em

função do comprimento (avaliada em número de palavras analisadas) e da pontuação (na ordem de prioridade) (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

O método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) proposto por Reinert classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas. Essa análise visa obter classes de UCE que, ao mesmo tempo, apresenta vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das outras classes (REINERT, 1990).

As UCE agrupadas em cada classe devem ser lidas exaustivamente para que o pesquisador possa compreender e nominar cada classe. Pela leitura das palavras destacadas pela CHD e de sua inserção nos segmentos de texto, analisou-se os fatores que influenciam gestantes na decisão pela via de nascimento.

As classes são formadas segundo a relação das várias UCI processadas e que apresentam palavras homogêneas. Para a classificação e a relação das classes, as UCI são agrupadas quanto às ocorrências das palavras por meio de suas raízes, dando origem às UCE, o que culmina na criação de um dicionário com formas reduzidas, utilizando-se do teste qui-quadrado (χ^2) (CAMARGO; JUSTO 2016). Após o processamento e o agrupamento quanto às ocorrências das palavras, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) cria o dendograma das classes. O dendograma, além de apresentar as classes, demonstra a ligação entre elas, pois estão associadas entre si. Cada classe possui uma cor diferenciada, e as UCE de cada uma possui a mesma cor da classe.

Os resultados obtidos na CHD também são representados em um plano fatorial construído pelo método da Análise Fatorial por Correspondência (AFC) com o objetivo de relacionar as formas linguísticas e variáveis de contexto com as classes resultantes da CHD (CAMARGO; JUSTO, 2016).

Essa Análise Fatorial por Correspondência (AFC) nada mais é que uma representação gráfica dos dados para ajudar a visualização da proximidade entre classes ou palavras. Consiste no cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

A análise de similitude se baseia na teoria dos grafos, possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um *corpus* textual, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

A nuvem de palavras as agrupa e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chave de um *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

Ressaltamos que o uso dos softwares é considerado ferramenta de processamento dos dados, e não um método de pesquisa, o que torna seus resultados instrumentos de exploração, busca e associação em material de pesquisa (CRESWELL, 2010; CRESWELL; CLARK, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2013a; REINERT, 1990). Em alguns casos, erroneamente confunde-se o uso do software com um método. Além do manejo do software é importante que o pesquisador conheça as técnicas de processamento dos dados empregadas, a forma de recuperação deste material analisado e o método de pesquisa usado no estudo que utiliza este recurso (LAHLOU, 2012).

O processamento de dados permitido pelo software viabiliza o aprimoramento das análises, inclusive em grandes volumes de texto (CAMARGO; JUSTO, 2013b). Entretanto, reitera-se a ressalva apontada de que um software não é um método, e os relatórios gerados pelo software não são, em si, a análise dos dados (CHARTIER; MEUNIER, 2011; LAHLOU, 2012).

Nesse estudo, o uso do software IRAMUTEQ foi muito útil visto que foi acompanhado do estudo sobre o significado das análises lexicais e do emprego de análises multivariadas, além da análise minuciosa das falas das mulheres grávidas sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento bem como o exercício da autonomia na (não) escolha do modo de nascer de seus filhos (as).

3 OBJETIVOS

Analisar as concepções de mulheres sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento em um município brasileiro com elevadas taxas de cesárea (Artigo 1).

Analisar o exercício da autonomia na (não) escolha da via de nascimento entre mulheres grávidas (Artigo 2).

4 RESULTADOS

Artigo 1

Artigo intitulado: “*Via de nascimento: expectativas de mulheres em um município com alta prevalência de cesáreas*”. Este artigo será submetido no periódico: *Internacional Nursing Review* (Fator de impacto = 2.03).

Via de nascimento: expectativas de mulheres em um município com alta prevalência de cesáreas

Barbara Dias Rezende Gontijo, Bruna Aparecida Rodrigues Duarte; Mayla Silva Borges, Juliana Pereira da Silva Faquim, Efigenia Aparecida Maciel de Freitas, Helena Borges Martins da Silva Paro.

Via de nascimento: expectativas de mulheres em um município com alta prevalência de cesáreas

Expectativas de mulheres brasileiras em relação a via de nascimento

GONTIJO, Barbara Dias Rezende¹; DUARTE, Bruna Aparecida Rodrigues²; BORGES, Mayla Silva³; FAQUIM, Juliana Pereira da Silva⁴; FREITAS, Efigenia Aparecida Maciel⁵; PARO, Helena Borges Martins da Silva⁶.

¹Enfermeira, Doutoranda, Docente do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5766-1147>.

²Enfermeira, Residente do Programa de Atenção em Saúde Coletiva, Mestranda no Programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0487-455X>.

³Enfermeira, Mestre, Professora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6437-3381>.

⁴Doutora em Saúde Pública, Profa da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8205-1466>

⁵Enfermeira, Doutora, Prof^a Adjunto IV do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0941-3501>.

⁶Médica Obstetra, Doutora, Prof^a Adjunto III do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6226-3074>

Contribuições do autor:

Concepção e projeto: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; PARO, Helena Borges Martins da Silva.

Análise e interpretação dos dados: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; DUARTE, Bruna Aparecida Rodrigues; FREITAS, Efigenia Aparecida Maciel; PARO, Helena Borges Martins da Silva.

Redação do artigo: GONTIJO, Barbara Dias Rezende.

Aprovação final da versão a ser publicada: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; FAQUIM, Juliana Pereira da Silva; PARO, Helena Borges Martins da Silva.

Responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; PARO, Helena Borges Martins da Silva.

Autor correspondente:

Barbara Dias Rezende Gontijo. Avenida Pará, n. 1720, sala 806, Bloco 4K, Universidade Federal de Uberlândia, Escola Técnica de Saúde, Curso Técnico em Enfermagem, Uberlândia, MG, Brasil.

Fontes de financiamento:

Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de nenhuma agência de financiamento público, de setores comerciais ou sem fins lucrativos.

Conflito de interesses

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelos autores.

RESUMO

Objetivo: Analisar as concepções de mulheres sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento em um município brasileiro com elevadas taxas de cesárea.

Introdução: A decisão das mulheres pela via de nascimento é influenciada por diversos fatores e, no atual modelo intervencionista de atenção obstétrica, a maioria delas não tem suas escolhas respeitadas. Há um desencontro entre o desejo pelo parto vaginal e o desfecho em cesariana.

Método: Realizamos quatro grupos focais, com 31 gestantes em quatro unidades básicas de saúde em um município com elevadas taxas de cesárea. Fizemos análise de conteúdo, análise lexical e temático-categorial. Para a análise quantitativa de variáveis categóricas realizamos cálculo de frequência de palavras, classificação hierárquica descendente por similaridade e análise fatorial de correspondência. Para análise qualitativa das variáveis categóricas realizamos análise de conteúdo.

Resultados: A partir da inferência de quatro classes (rede de saúde; recursos e tecnologias de saúde; expectativas sobre as vias de nascimento e expectativas sobre o trabalho de parto), identificamos a peregrinação das gestantes devido à desarticulação dos serviços de saúde, a indicação rotineira de procedimentos desnecessários associados ao excesso de intervenções e o modelo de assistência centrado no médico como fatores que influenciaram na decisão das mulheres pela via de nascimento.

Conclusão: A peregrinação atrelada à desarticulação da rede de saúde, ao uso excessivo de recursos e tecnologias de saúde, ao excesso de indicações de cesárea e à baixa atuação de enfermeiras obstétricas, inviabilizou uma experiência de parto positiva, em contraposição às expectativas das mulheres.

Implicações para a política de enfermagem e saúde: Reduzir a peregrinação das mulheres nos serviços de saúde, situá-las quanto ao fluxo da rede e estimular a inserção de enfermeiras obstétricas pode garantir que as mulheres tenham sua escolha da via de nascimento respeitada. Palavras-chave: cesárea; gravidez; grupos focais; parto vaginal; recursos de saúde; serviços de saúde; Sistema Único de Saúde; trabalho de parto.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as taxas de cesárea vêm aumentando em todo o mundo e se caracteriza enquanto um grave problema de saúde pública (Boerma et al. 2018; Chen et al. 2018). As altas taxas de cesarianas têm sido apontadas como causa dos elevados índices de complicações maternas e neonatais no mundo (ACOG 2019; Chen et al. 2018). No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal são associadas ao fenômeno de intensa medicalização do processo de nascimento em decorrência do desenvolvimento tecnológico, o que tem sido apresentado como o paradoxo perinatal brasileiro (Diniz 2009; Rocha & Ferreira 2020).

Esse paradoxo é evidenciado em diversos estudos que apontam a insatisfação de mulheres acerca da via de nascimento à qual são submetidas (Reis et al. 2017; Weidle et al. 2014; Zirr et al. 2019). Atualmente, a maioria das indicações para a cesárea não são baseadas em justificativas científicas. Se por um lado a escolha da via de nascimento deveria considerar a preferência ou o desejo da mulher, por outro lado, a maioria das indicações é pautada na conveniência ou no interesse do médico (Nakano et al. 2015; Riscado et al. 2016).

Nesse contexto, alguns profissionais justificam que parte das cesáreas é realizada a pedido da mulher. No entanto, a escolha da via de nascimento é muito mais do que um desejo por parte das mulheres, pois depende do acesso às orientações durante o período pré-natal e

envolve aspectos familiares, culturais e institucionais (Camara et al. 2016; Oliveira & Penna 2017).

Se considerarmos a cesariana a pedido como um evento obstétrico comumente utilizado para justificar as altas taxas de cesárea anteparto, ressaltamos que princípios éticos, como o respeito à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e veracidade das informações devem ser fornecidas pelo obstetra para guiar a decisão das mulheres (Barcellos et al. 2009).

Recentemente, há um movimento em que as mulheres estão buscando cada vez mais o parto vaginal por valorizarem as práticas mais ‘naturais’. Percebemos, então, que há dois movimentos neste sentido: o das mulheres que relatam medo ou desgosto pelo parto vaginal e o daquelas que se sentiram frustradas por não o terem realizado devido a diversos aspectos, dentre os quais destacamos o desrespeito à sua escolha (Gama et al. 2009; Rocha & Ferreira 2020).

Um aspecto importante que influencia fortemente a decisão das mulheres acerca da via de nascimento é a presença da enfermeira obstetra ou obstetriz na assistência ao parto e nascimento. O modelo que inclui a obstetriz na assistência é capaz de reduzir intervenções desnecessárias e as taxas de cesarianas (WHO 2018).

Tendo em vista as altas prevalências mundiais de cesárea e a lacuna existente entre as vivências e preferências das mulheres em relação à via de nascimento, este estudo tem como objetivo analisar as concepções de mulheres sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento em um município brasileiro com elevadas taxas de cesárea.

METODOLOGIA

Desenho do estudo e amostragem

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, com amostragem não probabilística,

realizado com 31 gestantes, primigestas e não primigestas, com faixa etária heterogênea, entre 18 e 41 anos completos.

Para constituição da amostra foi elaborado um convite impresso para participação de grupos focais (GF), entregue às mulheres pelos agentes comunitários de saúde (ACS) de unidades básicas de saúde da família (UBSFs) da rede pública, de um município do interior do Estado de Minas Gerais, com aproximadamente 700 mil habitantes.

As UBSFs incluídas no estudo atendem a uma demanda de aproximadamente 70 gestantes/ano durante a realização do pré-natal. Essas Unidades foram selecionadas porque já realizavam grupos mensais com as gestantes com o objetivo de orientar essas mulheres quanto à gestação, parto e puerpério.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de GF no período de agosto a dezembro de 2019. Foram realizados quatro GFs, sendo um grupo em cada uma das UBSFs previamente selecionadas. Cada um dos GFs foi composto por seis a 12 participantes, com idades variando entre 18 a 41 anos, com e sem experiências de gestações e nascimentos anteriores, considerando os riscos e os benefícios da diversidade no que tange à caracterização deste grupo social. O objeto de estudo abordado nos grupos foram as concepções de mulheres sobre suas expectativas relacionadas à via de nascimento.

A heterogeneidade dos grupos foi pretendida pelas pesquisadoras com o objetivo de estimular maior interação social, que é um dos propósitos do grupo focal (Gatti 2005). A dinâmica do GF incluiu a apresentação dos participantes, apresentação dos objetivos da pesquisa e do tema que seria discutido.

Realizamos um projeto piloto com quatro GFs compostos por seis a 12 participantes para realizar pré-teste do roteiro de condução e do instrumento de coleta de dados sociodemográficos e obstétricos, cronometrar o tempo médio de duração dos grupos e avaliar

os aspectos funcionais como pertinência, organização, clareza das questões de modo a corrigir e melhorar possíveis dificuldades durante a realização definitiva dos GFs. O roteiro de condução dos GF foi composto pelos subtemas: tipos de parto; fatores facilitadores do parto vaginal e fatores dificultadores do parto vaginal. O instrumento de coleta de dados sociodemográficos e obstétricos também foi testado e validado por pares.

A condução do GF e a sequência das questões norteadoras deram-se com base na técnica de saturação (Trad 2009). As reuniões com as participantes ocorreram em salas privativas das UBSFs e tiveram duração aproximada de 60 minutos. A equipe de condução dos grupos foi composta por: mediador, relator, observador, operador de gravação, transcritor e digitador. Os GFs foram gravados por meio de gravação digital (áudio e vídeo) (Cruz Neto et al. 2002) e as gravações foram transcritas na íntegra.

Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (parecer 1.290.004). Todas as gestantes que compareceram aos grupos consentiram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento por escrito. O estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque (2008).

Análise de dados

Para a análise quantitativa de variáveis categóricas, realizamos cálculo de frequência de palavras, classificação hierárquica descendente (CHD) por similaridade e análise fatorial de correspondência (AFC) (Camargo & Justus 2013). Para análise qualitativa das variáveis categóricas, realizamos análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Para apoiar a inferência e interpretação dos dados, utilizamos o software *Iramuteq* (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2 (Camargo & Justo 2016) que permite fazer análises estatísticas sobre

corpus textuais e tabelas de indivíduos/palavras. A utilização desse *software* viabilizou as análises de dados textuais realizadas neste estudo: cálculo de frequência de palavras, classificação hierárquica descendente (CHD) de segmentos de texto (ST) e análise fatorial de correspondências (AFC) (Camargo & Justus 2013).

Elaboramos o “*corpus*” a partir da transcrição das falas dos quatro GFs, os quais originaram um único arquivo composto por 30 Unidades de Contexto Inicial (UCI) e 411 Unidades de Contexto Elementar (UCE). O aproveitamento do *corpus* foi de 85,89%.

Após o processamento e o agrupamento quanto às ocorrências das palavras, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) criou o dendograma das classes. O dendograma, além de apresentar as classes, demonstra a ligação entre elas.

Foi gerada também a Análise Fatorial por Correspondência (AFC) com o objetivo de relacionar as formas linguísticas e variáveis de contexto com as classes resultantes da CHD (Camargo & Justo 2016). Essa análise permitiu verificar correlações entre grupos, bem como visualizar as relações de atração e de afastamento entre os elementos do campo representacional acerca de determinado objeto (Nóbrega & Coutinho 2003).

Para análise qualitativa das variáveis categóricas realizamos análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) que ocorre em três fases: 1) pré análise; 2) exploração do material e tratamento dos resultados; 3) inferência e interpretação.

Rigor e confiabilidade

A equipe de pesquisa foi previamente treinada para condução dos GFs. Duas professoras com longa experiência em GFs conduziram os grupos após discussão em pares com especialistas. As falas das participantes foram amplamente analisadas e o diário de campo foi utilizado como suporte para aprofundar a compreensão dos dados.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 31 mulheres gestantes, com idades variando entre 18 e 41 anos. Quanto à escolaridade predominaram mulheres com ensino fundamental completo (n = 14, 45%). Com relação ao número de gestações prévias, 11 mulheres (35%) eram primigestas. Quanto à paridade, 18 mulheres (58%) não tinham nenhum parto vaginal anterior e três mulheres (10%) tiveram experiência de um parto vaginal anterior. A maioria das mulheres (n = 20, 64%) não tinha cesárea anterior.

Quando questionadas sobre qual seria a escolha prévia da via de nascimento, 16 mulheres (52%) relataram preferência pelo parto vaginal sem intervenções, 10 mulheres (32%) optaram pela cesariana após entrar em trabalho de parto e cinco mulheres (16%) relataram preferência pela cesárea agendada/sem entrar em trabalho de parto.

Nomeamos as classes a partir da análise dos vocábulos agrupados em cada uma delas pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Classe 1: Rede de saúde; Classe 2: Recursos e tecnologias de saúde relacionados ao ciclo gravídico; Classe 3: Expectativas sobre as vias de nascimento; Classe 4: Expectativas sobre o trabalho de parto.

No dendograma (Figura 1), o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus*. No primeiro, obtivemos a classe 3 com 136 UCE, que correspondeu a 38,5% do total. Do outro *subcorpus*, obteve-se a classe 4, com 64 UCE, que correspondeu a 18,4% do total de UCE. Nesse mesmo *subcorpus*, houve outras duas subdivisões, que englobaram a classe 1 com 64 UCE e a classe 2 com 88 UCE, sendo 18,1% referente à classe 1 e 24,9% à classe 2 do total das UCE. A classe 4 (expectativas sobre o trabalho de parto) aparece interligada com outras duas classes, a classe 1 (rede de saúde) e a classe 2 (recursos e tecnologias de saúde relacionados ao ciclo gravídico).

A partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), foi possível visualizar as palavras que obtiveram maior porcentagem quanto à frequência média entre si e diferente entre elas. Cada classe reuniu o conjunto de palavras que aparecem próximas umas das outras,

formando um segmento específico. Esse dicionário de palavras proporcionou, por meio da utilização do qui-quadrado (X^2), a análise das palavras que apresentaram valor maior que 3,84 e $p < 0,0001$ (Tabela 1) (Camargo & Justo 2016). Ressaltamos que todos os vocábulos apresentados na Tabela 1 tiveram valor de $Chi^2 > 3,84$ ($p < 0,05$), evidenciando a forte associação entre os segmentos de texto agrupados na mesma classe.

Classe 1 – Rede de Saúde: essa classe, composta por 64 UCE (18,1%), representa a peregrinação das mulheres na rede a partir de sua inserção nos serviços de saúde. A rede é composta por profissionais e unidades de atendimento à saúde. Nessa classe, aparecem vocábulos como “atender”, “encaminhar”, “palpitar”, “dizer”, “reclamar”, “ruim”, que retratam a assistência prestada por esses serviços, evidenciados na fala abaixo:

A gente não sabe onde vai ganhar neném. Quando começa as dores tem que ir na unidade de saúde (nome da unidade de saúde) e esperar para saber para qual lugar eles vão encaminhar. É onde tem vaga... Não adianta reclamar, é assim, a gente só sabe na hora (M12).

Classe 2 - Recursos e tecnologias de saúde relacionadas ao ciclo gravídico: composta por 88 UCE (24,9%), esta classe evidencia a disponibilidade de recursos e tecnologias de saúde que possuem relação com a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico e que podem ser instrumentos para indicação de procedimentos desnecessários. Vocábulos como “ultrassom”, “gestação”, “direito”, “laquear”, “operar”, “cortar” evidenciam os recursos tecnológicos disponíveis durante a assistência ao parto e nascimento:

Mas hoje em dia, toda consulta que vai é um tanto de pedido de exame, um tanto de ultrassom, e remédio para tudo. Não precisa de nada disso. Gravidez não é doença. Na hora de ganhar neném, fura veia, coloca soro, manda deitar, quase amarra a gente. E, quando demora demais, já querem cortar a barriga para ver se resolve logo para eles poderem ir descansar e conversar do carro do ano, da compra da próxima casa, de marcar a outra

viagem. Minha filha mais velha tem 17 anos. Tá tudo muito diferente de quando eu ganhei ela. O mundo mudou, tá mais difícil parir. As mulher tudo mole, e os médico tudo apressado (M16).

Classe 3 – Expectativas sobre as vias de nascimento: esta classe é composta por 136 UCE (38,5%) e os vocábulos apresentados nela demonstram a preferência das mulheres em vivenciar o parto normal ($\text{Chi}^2 = 72,06$; $p < 0,00$) na busca de uma experiência de nascimento com recuperação mais tranquila. Vocábulos como “parto normal”, “cesárea”, “preferir”, “escolher”, “filho”, “tranquilo” estão em evidência e demonstram forte associação entre si.

Eu vou preferir parto_normal, se me deixarem escolher. Acho que consigo! Estou me preparando para isso. Acho parto_normal mais tranquilo. Vou poder cuidar melhor do meu filho (M07).

Classe 4 – Expectativas sobre o trabalho de parto: classe composta por 65 UCE (18,4%) que evidenciam a expectativa da mulher no processo de parir. Essa expectativa relacionada à vivência do trabalho de parto é demonstrada pela presença de vocábulos como: “centímetro”, “dilatar”, “contração”, “sentir”, “evoluir”, “romper”, “estourar” e “aguardar”.

Eu ainda não sei direito se vou querer cesárea ou normal. Se eu começar sentir contração, for indo rápido, dilatar rápido eu quero normal. Se evoluir tudo bem, quero normal. Agora, se for para ficar com aquela demora toda, de muitas horas, aquele sofrimento eu não quero normal não. Ai peço logo a cesárea (M29).

Identificamos que os vocábulos contidos nas classes um e dois (atender, mal, encaminhar, reclamar, ultrassom, gestação, direito, problema) (re) afirmam o cenário da assistência obstétrica prestada pelo município do estudo, onde há excesso da utilização de recursos e tecnologias relacionados ao ciclo gravídico e onde os serviços de referência não funcionam efetivamente na rede de saúde. O conteúdo dessas classes se apresenta em menor proximidade ao conteúdo revelado na classe três, que faz referência às expectativas das

mulheres sobre as vias de nascimento, ou seja, percebemos que em algumas situações as mulheres não tem tido seu direito de escolha da via de nascimento respeitado pelos serviços de saúde que as assistem.

Na análise da distribuição das classes (Figura 2), observamos na classe 4 a expectativa da mulher sobre o trabalho de parto. Essa classe foi subdividida nas classes 1 e 2 que estão sobrepostas entre si, indica a peregrinação das gestantes nos serviços de saúde, o excesso de encaminhamentos e a vivência de um modelo de assistência em que não há um serviço de referência, apesar dos recursos de saúde disponíveis. A interposição das classes 1 e 2 evidencia que a relação das mulheres com os serviços e recursos de saúde disponíveis refletem diretamente na decisão pela via de nascimento. A classe 2 nos permite visualizar ainda a interferência de recursos de saúde nos partos, evidenciada em vocábulos como “operar”, “cortar”, “medicamentos”, “doutor”. Na classe 3, observamos que a decisão da mulher pela via de nascimento é influenciada pela experiência vivida pela mulher em gestações anteriores e/ou pela experiência de pessoas de seu convívio. O “parto normal” aparece em evidência circuncidado por vocábulos como “tranquilo”, “fácil”, “preferir”, “recuperação” e “escolher”.

DISCUSSÃO

A desarticulação do serviço de saúde é um fator importante na decisão da mulher pela via de nascimento. A experiência do trabalho de parto vivenciada pelas mulheres está intimamente relacionada com a rede de saúde e com os recursos e tecnologias de saúde disponíveis.

O município do estudo é um dos municípios com maior prevalência de cesárea do Brasil (DATASUS 2017) e a principal característica do serviço obstétrico é a desarticulação da assistência. As mulheres peregrinam na rede por não ter conhecimento prévio do local para

onde serão encaminhadas no momento do nascimento de seus bebês, o que se configura em uma das principais barreiras para que sua escolha da via de nascimento seja respeitada.

Vários estudos discutem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde obstétricos da população do Brasil e de outros países destacando as mulheres com baixos níveis socioeconômicos, as que são excessivamente encaminhadas de um serviço de referência para outro (Darling et al. 2019) e aquelas que peregrinam pela rede sem garantia de atendimento, mesmo tendo realizado pré-natal (Moraes et al. 2018).

Há ainda estudos que abordam a distância física entre as unidades de saúde e a residência das mulheres, os custos do transporte, longos períodos de espera para atendimento, conhecimento e habilidades insuficientes da equipe e práticas de encaminhamento inadequadas enquanto barreiras para o atendimento obstétrico (Sampaio et al. 2018; Wong et al. 2017).

No Brasil, apesar de existirem leis federais e programas (Brasil 2007; Brasil 2011) que tentam garantir o vínculo da gestante com a maternidade de referência, nossos resultados evidenciam que no município do estudo, a não vinculação da gestante ao serviço de saúde se constitui em uma importante barreira para que a escolha da via de nascimento pela mulher seja respeitada. A melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança é alcançada por meio da vinculação da gestante à unidade de referência; transporte seguro e desenvolvimento de boas práticas na atenção ao parto e nascimento (Gottens et al. 2015; Schmidt & Argimon 2009).

Nossos resultados compartilham desse grave problema da atenção obstétrica brasileira encontrado em outros estudos: a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde na assistência ao parto (Leal et al. 2020), somada à carência de leitos nas maternidades brasileiras, gera ansiedade nas mulheres, que não têm o conhecimento sobre a retaguarda hospitalar que será garantida para o seu parto (Furtado et al. 2016). Nesse cenário, muitas

mulheres percorrem toda a rede para ter acesso a esses serviços, o que pode levar a complicações maternas e perinatais. Outros estudos discutiram a associação entre atrasos no recebimento de cuidados obstétricos e desfechos maternos adversos (Franchi et al. 2020; Pacagnella et al. 2014).

A desarticulação do serviço obstétrico disponível impõe às mulheres a necessidade de peregrinar pela rede em busca de atendimento, o que se caracteriza pelo insucesso na tentativa por assistência ao parto e pela necessidade de percorrer uma “rota crítica” para ter acesso à assistência obstétrica (Tomasi et al. 2021). No caso das gestantes que peregrinam, há o caráter de sacrifício associado porque o trajeto é dificultado pela dor, tornando-se uma saga. A peregrinação é considerada um problema de saúde pública e uma violência no campo obstétrico (Rodrigues et al. 2015).

Outra realidade retratada em nosso estudo é que, apesar das mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro apresentarem expectativas de vivenciar o parto vaginal, nem sempre esse direito lhes é garantido.

Outros estudos apontam que a maioria das mulheres apresenta preferência a uma via de nascimento (vaginal ou cirúrgica) (Gama et al. 2009; Oliveira & Penna 2017). No entanto, geralmente as mulheres conformam-se quando o parto não acontece como esperado, o que indica que muitas vezes elas não participam ou não se sentem ativas/respeitadas na escolha da sua via de nascimento (Gama et al. 2009; Oliveira & Penna 2017).

Nossos resultados reforçam a incongruência sobre as expectativas da mulher sobre a via de nascimento e o trabalho de parto. Evidências anteriores demonstram que a proporção de cesarianas realizada é superior ao desejo manifestado pelas mulheres durante a gravidez, independentemente do diagnóstico de complicações obstétricas (Domingues et al. 2014; Riscado et al. 2016).

Taxas de cesárea superiores à preferência das mulheres podem ser justificadas pelo medo de questionar a necessidade ou não da cesárea, diante da postura hostil ou autoritária dos profissionais de saúde (Gama et al. 2009; Oliveira & Penna 2017), especialmente em modelos de assistência ao parto centradas no médico. Apesar de algumas mulheres assumirem a cesárea como escolha inicial, elas geralmente não são orientadas sobre as vantagens e desvantagens da via de nascimento adequadamente, e, conseqüentemente, não estão conscientes dos riscos da prematuridade e outras implicações da cesárea realizada sem indicação (Oliveira & Penna 2017).

Observamos, a partir do discurso das mulheres, que a preferência pelo parto vaginal enquanto via de nascimento não foi respeitada em muitas situações. Outros estudos encontraram que, apesar da preferência das mulheres pelo parto vaginal, a submissão à cesárea por indicação médica no decorrer da gestação é muitas vezes baseada em justificativas sem evidências científicas: ‘bebê grande’, ‘bacia pequena’, ‘cordão enrolado’, ‘bebê atravessado’, ‘pouco líquido’, ‘muito líquido’, ‘dificuldade de dilatação’, entre outras (Rocha & Ferreira 2020).

Nossos resultados retratam ainda que a assistência obstétrica prestada é centrada na figura do médico obstetra. Essa característica é coerente com o atual modelo de assistência obstétrica brasileiro, que valoriza culturalmente as técnicas intervencionistas do médico, sem respeitar o desejo da mulher (Domingues et al. 2014; Zanardo et al. 2004). A interferência do obstetra sobre a escolha das mulheres favorece o desfecho em cesariana e sugere que, para muitas mulheres, não é possível escapar das “armadilhas” de um modelo biomédico mercantilizado e intervencionista (Camara et al. 2016). No Brasil, o parto tornou-se um ato médico e o profissional configura-se como o protagonista na decisão final da via de nascimento.

Observamos que a posição impositiva do profissional, sustentada pelo modelo no qual o médico é o detentor do conhecimento, promove uma sobreposição da vontade do profissional à vontade da mulher. Nesse modelo, a mulher assume uma posição de passividade, e torna-se coadjuvante na decisão pela via de nascimento. No contexto de mercantilização do parto, precisamos considerar que a cesárea significa maior produtividade, maiores lucros, flexibilidade de horários e possibilidade de agendamento para os médicos. Somado a esses aspectos, há o receio dos profissionais médicos quanto à judicialização de possíveis intercorrências de um parto vaginal (Pimentel & Oliveira-Filho 2016). Podemos inferir que, por esse motivo, o médico geralmente utiliza de artifícios para convencer a mulher de que a cirurgia é mais segura. A pouca habilidade médica para o manejo do parto vaginal, justificada por uma formação que privilegia as técnicas intervencionistas, poderia explicar essa situação em nosso país (Camara et al. 2016; Gama et al. 2009).

Apesar de estudos prévios mencionarem o intervencionismo médico enquanto forma de influenciar a decisão das mulheres pela cesariana (Camara et al. 2016; Domingues et al. 2014; Zanardo et al. 2004), existe o argumento de que as altas prevalências de cesárea poderiam ser justificadas pela “cesárea a pedido” (Camara et al. 2016; Oliveira & Penna 2017). Salientamos que, diante de uma solicitação da mulher para proceder à cesariana a pedido, ou seja, sem indicação clínica, o papel do médico consiste em responder por meio de um amplo processo informado e consentido, com a sugestão de que a mulher reconsidere seu pedido (Domingues et al. 2014; Oliveira & Penna 2017).

Relatos de preferência pela cesárea estiveram associados ao desejo de laquear, e ao medo da dor do parto vaginal. Se, por um lado, o discurso médico aponta a persuasão das mulheres na escolha da via de nascimento sob a alegação de que desejam a cesariana ou que não toleram a dor do parto vaginal, por outro, observamos os discursos das mulheres sobre

terem sua dor negligenciada ou de serem desrespeitadas durante o trabalho de parto (Oliveira & Penna 2017).

Apesar de a dor ter sido associada ao parto vaginal, ela não foi relatada enquanto motivação para escolha da cesárea. Ressaltamos que, se a preferência da mulher pela cesárea for o medo da dor, o profissional deverá orientar sobre a possibilidade de “analgesia a pedido” no parto e de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor (ACOG 2019). Sabemos que o medo da dor influencia diretamente na escolha da via de nascimento pela mulher e o parto vaginal perpassa por um rechaço histórico, que surge a partir da reprodução de um discurso de que se trata de um evento incontrolável, sangrento, doloroso e arriscado (Rocha & Ferreira 2020). Em estudos anteriores, dentre as mulheres que não desejavam a cesárea, mas que por algum motivo a solicitaram, a maioria absoluta o fez durante o trabalho de parto, confirmando que a dor, associada ao discurso de não se sentirem capazes de parir naturalmente devido a restrições corporais ou pouca força física foram fatores determinantes para a escolha (Nakano et al. 2015).

Em contraposição ao medo da dor do parto vaginal, ao excesso de intervenções desnecessárias e de cesáreas na assistência ao parto, estão as evidências da importância da atuação de enfermeiras obstetras e obstetritzês. No município do estudo, a atuação de enfermeiras obstetras, principalmente na realização do parto vaginal, ainda é pequena e marcada pela hegemonia médica, que detêm o poder sobre o processo assistencial. Esse fato é confirmado por nossos resultados, visto que as mulheres participantes da pesquisa não mencionaram a atuação de enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento. Revisões sistemáticas prévias mostram que mulheres que recebem cuidado em modelos liderados por enfermeiras obstétricas apresentam menor número de intervenções desnecessárias, aumento na satisfação com os cuidados recebidos, maiores chances de parto vaginal espontâneo, com maior sensação de controle sobre a experiência do parto em todos os

países (Sandall et al. 2016). Acreditamos que a pequena atuação das enfermeiras obstetras no município do estudo possa ter influência significativa na lacuna observada entre as expectativas vivenciadas pelas mulheres no que tange à via de nascimento e trabalho de parto, assim como para o desfecho materno em que predomina a cesariana.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nosso estudo apresenta alguns pontos fortes e limitações. A generalização dos resultados pode ser questionada porque entrevistamos mulheres em um município com características muito peculiares relacionadas às altas taxas de cesárea. A principal fortaleza consistiu em dar voz às mulheres, visto que conseguimos estudar os fatores que influenciam a decisão de mulheres pela via de nascimento em um município com uma das maiores prevalências de cesárea do Brasil, identificando as lacunas existentes entre a expectativa da via de nascimento e o desfecho do parto.

IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICA DE ENFERMAGEM E SAÚDE

Os resultados deste estudo podem favorecer a implementação de serviços de referência que eliminem a peregrinação das mulheres e estimulem a inserção de enfermeiras obstétricas, com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e garantir que as mulheres tenham sua escolha da via de nascimento respeitada.

CONCLUSÕES

A desarticulação da rede de saúde evidenciada pela ausência de serviços de referência, pela peregrinação das mulheres em busca de atendimento obstétrico, pelo uso excessivo de recursos e tecnologias de saúde e pela baixa inserção de enfermeiras obstétricas e obstetrizas

na assistência, se opõe às expectativas das vias nascimento e trabalho de parto apresentadas pelas mulheres e podem inviabilizar a vivência de uma experiência de parto positiva.

Sugerimos que mais pesquisas sejam realizadas visando contribuir para ações que estimulem o exercício da cidadania feminina nos processos decisórios que envolvem as questões da saúde reprodutiva, preservando e garantindo a decisão pela via de nascimento enquanto um direito inalienável das mulheres e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019) Committee opinion n°. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetrics & Gynecology, United States*, 131, 73–77.
- Barcellos, L.G.; Souza, A.O.R.; Machado, C.A.F. (2009) Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética* 17, 497-510.
- Bardin, L. (2011) *Análise de conteúdo*. Almedina, São Paulo.
- Boerma, T., Wibaek R., Poullas M. (2018) Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet* 392, 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30715-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30715-9)
- BRASIL. Lei n° 11.634, de 27 de dezembro de 2007. (2007) Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF*. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/Lei/L11634.htm (accessed 12 January 2021).
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2011) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria n° 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html (accessed 12 January 2021).
- Camara, R., et al. (2016) Cesariana a pedido materno. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* 43, 301-310. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016004002>.
- Camargo, B.C., Justo, A.M. (2016) Tutorial para uso do software *Iramuteq* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Available at:

http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf (accessed 24 November 2021).

Camargo, B.V., Amargo, B.V.; Justus, A.M. (2013) Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia* 21, 513-518. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>

Chen, I., et al. (2018) Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 28, CD005528.

10.1002/14651858.CD005528.pub3

Cruz Neto, O.; Moreira, M.R.; Sucena, L.F.M. (2002) *Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, MG.

Darling, E.K., et al. (2019) Access to midwifery care for people of low socio-economic status: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19, 1-13.

<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2577-z>

DATASUS. (2017) *Tecnologia da Informação a Serviço do SUS*. Ministério da Saúde.

Informações em saúde: estatísticas vitais: nascidos vivos 2017. Available at:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> (accessed 03 December 2020).

Diniz, C.S.G. (2009) Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 19, 313-326.

Domingues, R.M.S.M., et al. (2014) Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública* 30, 101–116.

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>

Franchi, J.V.O.; Pelloso, S.M.; Ferrari, R.A.P.; Cardelli, A.A.M. (2020) Acesso aos cuidados no trabalho de parto e parto e a segurança para a saúde materna. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 28, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292%20>

Furtado, E.Z.L.; Gomes, K.R.O.; Gama, S.G.N. (2016) Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 50, 1-10.10.1590/S1518-8787.2016050005396

Gama, A.S., et al. (2009) Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública* 25, 2480-2488. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100017>

Gatti, B.A. (2005) Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Líber Livro, Brasília.

Gottens, L.B.D., et al. (2015) Acesso à rede de atenção à gestação, parto e nascimento na perspectiva das usuárias. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 06, 95-115.

Leal, M.C., et al. (2020) Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública* [online] Available at: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>>.0205 (accessed 24 November 2021). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.

Moraes, L.M.V., et al. (2018) Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cadernos de Saúde Pública* 34, 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00151217>

Nakano, A.R.; Bonan, C.; Teixeira, L.A. (2015) A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 25, 885-904. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>

Nóbrega, S.M., Coutinho, M.P.L. (2003) O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, et al, organizador. *Representações Sociais: Abordagem interdisciplinar*. Universitária da UFPB, João Pessoa.

Oliveira, V.J.; Penna, C.M.M. (2017) Discutir a violência obstétrica através das vozes de mulheres e de profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem* 26, 1-10.

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>

Pacagnella, R.C., et al. (2014) Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14, 1-35. 10.1186 / 1471-2393-14-159

Pimentel, T.A.; Oliveira-Filho, E.C. (2016). Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. *Universitas: Ciências da Saúde* 14, 187-199.

<https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.4186>

Reis, S.T.C.J., et al. (2017) Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 38, 1-8.

<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>

Riscado, L.C.; Janotti, C.B.; Barbosa, R.H.S. (2016) A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem* 25, 1-10.

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>

Rocha, N.F.F.; Ferreira, J. (2020) A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* 125, 556-568.

<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012521>

Rodrigues, D.P., et al. (2015) A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19, 614-620. 10.5935/1414-8145.20150082

Sampaio, L.M.; Reis, A.P.; Neves, G.A.O.; Andrade, D.L. (2018) Rede Cegonha: acompanhamento pré-natal e vinculação de gestantes à maternidade de referência. *Ciência, Cuidado e Saúde* 17, 1-7. 10.4025/ciencucuidsaude.v17i1.38384

Sandall, J., et al. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, CD004667.

10.1002/14651858.CD004667.

Schmidt, E.B.; Argimon, I.I.L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno. *Paideia*, 19, 211-220. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200009>.

Trad, L.A.B. (2009) Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online] 19, 777-796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

Tomasi, Y.T, et al. (2021) Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 30, 1-12. 10.1590/S1679-49742021000100014

Weidle, W.G.; Medeiros, C.R.G.; Grave, M.T.Q.; Dal Bosco, S.M. (2014) Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Caderno de Saúde Coletiva* 22, 46-53.

<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>

World Health Organization. (2018) WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO, Geneva. Available from:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
(accessed 24 November 2021).

Wong, K.L.M.; Benova, L.; Campbell, O.M.R. (2017) A look back on how far to walk: systematic review and meta-analysis of physical access to skilled care for childbirth in Sub-Saharan Africa. *PLOS ONE* 12, 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184432>

Zanardo, V., et al. (2004) Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatrica* 93, 643–647.

10.1111/j.1651-2227.2004.tb02990.x

Zirr, G.M.; Gregório, V.R.P.; Lima, M.M.; Collaço, V.S. (2019) Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. REME – Revista Mineira de Enfermagem 23, 1-7. 10.5935/1415-2762.20190053

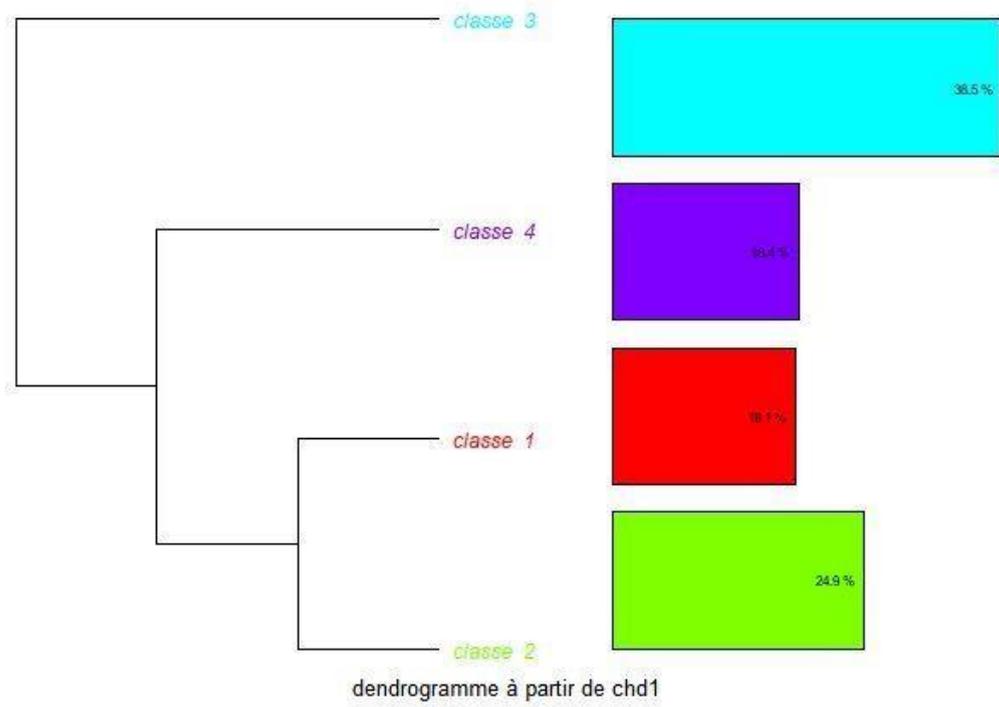


Figura 1. Dendrograma de classes obtido a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Classificação Hierárquica Descendente

Classe 1 (18,1%)
Rede de Saúde

Classe 2 (24,9%)
Recursos e tecnologias
de saúde relacionadas ao
ciclo gravídico

Classe 3 (38,5%)
Expectativas sobre as vias
de nascimento

Classe 4 (18,4%)
Expectativas sobre o
trabalho de parto

Palavra	Chi ²	p	Palavra	Chi ²	p	Palavra	Chi ²	p	Palavra	Chi ²	p
Lá	46,77	<0,00	Ultrassom	28,78	<0,00	Parto_normal	72,06	<0,00	Centímetro	69,41	<0,00
Atender	46,47	<0,00	Depois	22,67	<0,00	Experiência	35,63	<0,00	Dilatar	50,31	<0,00
Mal	35,81	<0,00	Gestação	15,27	<0,00	Recuperação	28,50	<0,00	Bolsa	39,38	<0,00
Encaminhar	27,90	<0,00	Novo	14,63	0,00	Cesárea	26,68	<0,00	Contração	35,11	<0,00
Reclamar	26,54	<0,00	Direito	14,10	0,00	Tranquilo	21,71	<0,00	Dilatação	31,64	<0,00
Palpitar	21,98	<0,00	Problema	13,86	0,00	Filho	21,71	<0,00	Sentir	28,22	<0,00
Dizer	20,96	<0,00	Voltar	13,78	0,00	Fácil	20,31	<0,00	Manhã	27,04	<0,00
Toque	19,72	<0,00	Neném	13,12	0,00	Mesmo	20,0	<0,00	Noite	26,01	<0,00
Tratar	18,27	<0,00	Comer	12,18	0,00	Preferir	19,33	<0,00	Começar	24,28	<0,00

Hospital_			Difícil	10,97	0,00	Ponto	11,40	0,00	Estourar	17,12	<0,00
Municipal	13,67	0,00	Trompa	9,11	0,00	Mais	9,89	0,00	Semana	16,41	<0,00
Abençoar	13,66	0,00	Operar	8,25	0,00	Menino	9,89	0,00	Hora	15,91	<0,00
Ruim	13,08	0,00	Dentro	8,25	0,00	Laqueadur	9,89	0,00	Dia	15,11	0,00

Tabela 1. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a porcentagem de UCE em cada classe e palavras com maior qui-quadrado (χ^2)

gerado através do através do software *Iramuteq*.

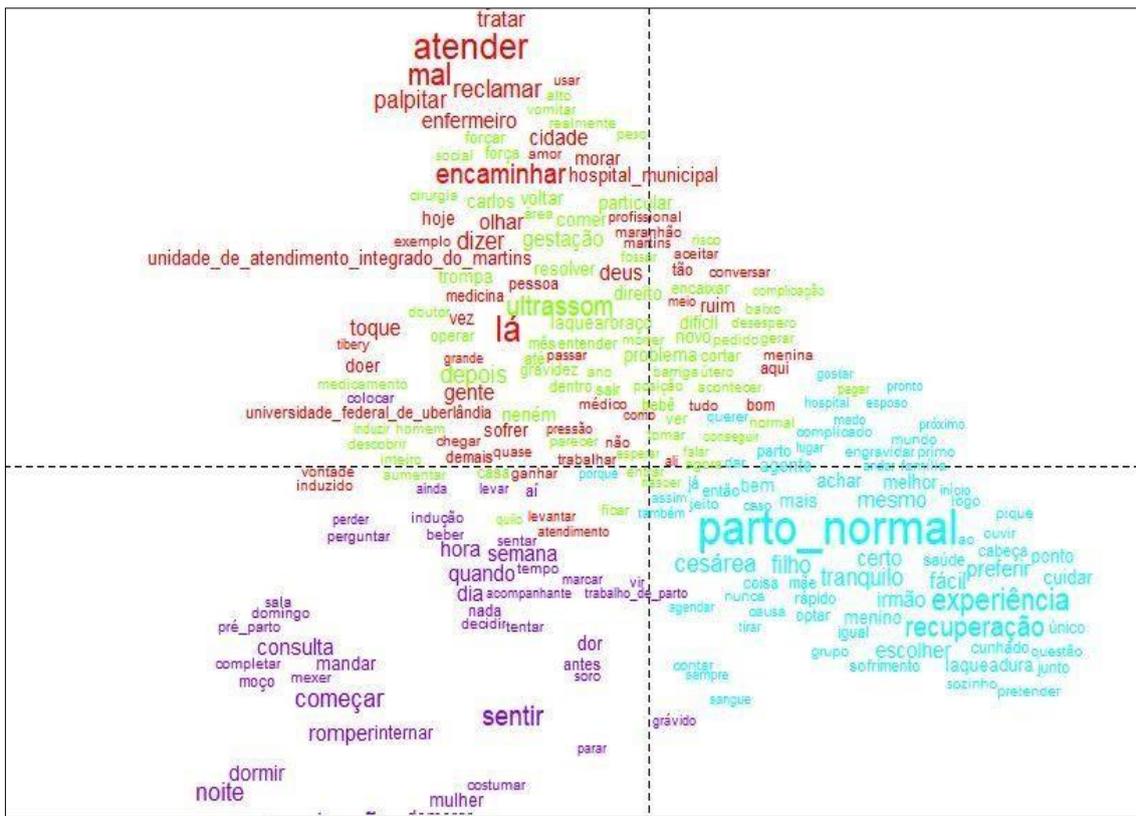


Figura 2. Análise Fatorial de Correspondência (AFC) obtida a partir das falas das mulheres nos grupos focais.

Artigo 2

Artigo intitulado: “***Já está escolhido por eles! Estudo qualitativo sobre a autonomia das mulheres no parto***”. Este artigo será submetido no periódico: *Revista Latino Americana de Enfermagem* (Fator de impacto = 1.44).

“*Já está escolhido por eles! Estudo qualitativo sobre a autonomia das mulheres no parto*”

Barbara Dias Rezende Gontijo, Bruna Aparecida Rodrigues Duarte; Mayla Silva Borges, Juliana Pereira da Silva Faquim, Efigenia Aparecida Maciel de Freitas, Helena Borges Martins da Silva Paro.

Já está escolhido por eles! Estudo qualitativo sobre a autonomia das mulheres no parto

GONTIJO, Barbara Dias Rezende¹; DUARTE, Bruna Aparecida Rodrigues²; BORGES, Mayla Silva³; FAQUIM, Juliana Pereira da Silva⁴; FREITAS, Efigenia Aparecida Maciel⁵; PARO, Helena Borges Martins da Silva⁶.

¹Enfermeira, Doutoranda, Docente do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5766-1147>.

²Enfermeira, Residente do Programa de Atenção em Saúde Coletiva, Mestranda no Programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0487-455X>.

³Enfermeira, Mestre, Professora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6437-3381>.

⁴Doutora em Saúde Pública, Profa da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8205-1466>

⁵Enfermeira, Doutora, Prof^a Adjunto IV do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0941-3501>.

⁶Médica Obstetra, Doutora, Prof^a Adjunto III do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6226-3074>

Contribuições do autor:

- 1) Concepção e projeto: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; PARO, Helena Borges Martins da Silva.
- 2) Análise e interpretação dos dados: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; DUARTE, Bruna Aparecida Rodrigues; FREITAS, Efigenia Aparecida Maciel; PARO, Helena Borges Martins da Silva.
- 3) Redação do artigo: GONTIJO, Barbara Dias Rezende.
- 4) Aprovação final da versão a ser publicada: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; FAQUIM, Juliana Pereira da Silva; PARO, Helena Borges Martins da Silva.
- 5) Responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: GONTIJO, Barbara Dias Rezende; PARO, Helena Borges Martins da Silva.

Fontes de financiamento:

Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de nenhuma agência de financiamento pública, de setores comerciais ou sem fins lucrativos.

Autor correspondente:

Barbara Dias Rezende Gontijo. Avenida Pará, n. 1720, sala 806, Bloco 4K, Universidade Federal de Uberlândia, Escola Técnica de Saúde, Curso Técnico em Enfermagem, Uberlândia, MG, Brasil.

Resumo

Objetivo: Analisar o exercício da autonomia na (não) escolha da via de nascimento entre mulheres grávidas. Método: Estudo qualitativo, realizado a partir de quatro grupos focais, com 31 gestantes primigestas e não primigestas em um município de Minas Gerais. Fizemos análise lexical através de Nuvem de Palavras e Árvore de Similitude. Resultados: As mulheres não se sentem participativas nem respeitadas na escolha da via de nascimento e suas decisões não são pautadas no exercício da autonomia. A maioria das mulheres apresenta preferência por uma das vias de nascimento, entretanto, suas “escolhas” esbarram na imposição profissional, na falta de disponibilidade para acompanhar o trabalho de parto e parto, no receio de vivenciar uma experiência ruim e nas indicações falaciosas de cesariana. Por não terem escolha, as mulheres optam pela “cesárea a pedido” visando fugir da violência obstétrica. Existe uma “autonomia limitada”, exercida sem conhecimento prévio dos riscos e benefícios de cada modo de nascer. Conclusão: Na perspectiva das parturientes, o modo de nascer é determinado pelos profissionais que assistem o parto e as mulheres não têm exercido autonomia nessa decisão. Há um retrocesso no reconhecimento dos direitos femininos que impossibilita o exercício pleno da autonomia no trabalho de parto e nascimento.

Descritores: Autonomia Pessoal; Decisões; Trabalho de Parto; Parto; Cesárea; Violência Obstétrica.

Descriptors: Personal Autonomy; Decision; Labor Obstetric; Parturition; Cesarean Section; Obstetric Violence.

Descriptores: Autonomía Personal; Decisiones; Trabajo de Parto; Parto; Cesárea; Violencia Obstétrica.

Introdução

A assistência ao parto sofreu grandes mudanças ao longo dos anos e o parto fisiológico deu espaço a uma assistência cada vez mais medicalizada e intervencionista⁽¹⁾. O modelo biomédico contribuiu para que as mulheres perdessem sua autonomia e protagonismo no momento do parto, aumentando a assimetria entre profissionais e usuárias⁽²⁾. Um reflexo da medicalização do parto é o aumento do número de cesáreas realizadas em todo o mundo, que transformou a cesariana na cirurgia mais comum entre mulheres⁽³⁾.

O Brasil possui um dos maiores índices de cesarianas, o que representa uma verdadeira epidemia. A partir dos anos 80, alguns autores previram a tendência de ascensão das cesáreas nas sociedades ocidentais, ficando o Brasil entre os recordistas mundiais na realização desse procedimento de forma eletiva⁽³⁻⁴⁾. Em 2015, o país atingiu a taxa de 55,5% de cesarianas, muito além dos 15% de cesáreas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁵⁾.

Em tentativa de justificar as altíssimas taxas de cesariana, os profissionais atribuem o excesso de partos cirúrgicos ao desejo da mulher, manifestado por meio da “cesárea a pedido”⁽⁶⁾. Entretanto, estudos apontam que o excesso de cesarianas pode ser atribuído à comodidade médica, à disseminação da cultura do medo do parto normal, e da dor, e também ao desconhecimento dos riscos e benefícios de cada via de nascimento⁽⁷⁻⁹⁾.

Devido às suas especificidades, relacionadas a aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos, o parto deve ter a assistência centrada nas necessidades das mulheres, considerando seus direitos e a sua participação ativa no processo de parturição^(3,10). Entretanto, esses direitos vêm sendo violados, visto que o modelo assistencial vigente é marcado pela desapropriação do corpo das mulheres, inviabilizando o exercício da autonomia⁽¹¹⁻¹²⁾.

Sob a ótica da assistência à saúde, a autonomia é definida como o direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que nele podem ser realizados⁽¹³⁾.

No campo da bioética, para garantir o pleno exercício da autonomia das mulheres em decidir sobre sua saúde e bem estar, é preciso primeiramente orientá-las sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cesárea⁽¹⁴⁾.

Dessa maneira, fica clara a necessidade da centralidade da mulher em estudos que avaliem sua participação nas decisões sobre a via de nascimento. No entanto, a escassez de estudos que utilizam a perspectiva da mulher como objeto de análise é reflexo do desinteresse em ouvir as mulheres quanto a sua participação nas decisões sobre o seu corpo. Este estudo analisa o exercício da autonomia na (não) escolha da via de nascimento entre mulheres brasileiras grávidas.

Método

Pesquisa de abordagem qualitativa, transversal, com amostragem não probabilística, composta por 31 gestantes, primigestas e não primigestas, com faixa etária entre 18 e 41 anos. Foram realizados quatro grupos focais (GFs) compostos por seis a 12 gestantes de quatro unidades básicas de saúde da família (UBSFs) da rede pública, localizadas em diferentes distritos sanitários de um município do interior do Estado de Minas Gerais, com aproximadamente 700 mil habitantes.

O convite para participação dos GFs foi impresso e entregue às gestantes pelos agentes comunitários de saúde (ACS) de cada uma das UBSFs durante as visitas domiciliares. Foram incluídas no estudo todas as gestantes maiores de 18 anos de idade que aceitaram o convite para participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram dos GFs realizados entre agosto a dezembro de 2019.

Para análise dos dados foi utilizado o software *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). A heterogeneidade dos grupos foi pretendida visando observar grande quantidade de interações a respeito do tema em um período de tempo limitado, visando a pluralidade de ideias a partir da ênfase na interação dentro do grupo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Para caracterização da amostra, foi aplicado às mulheres um questionário semiestruturado, construído e revisado quanto à forma e conteúdo por especialistas na temática. Foi realizado um estudo piloto para testar o instrumento, cronometrar o tempo das entrevistas e avaliar os aspectos funcionais como pertinência, organização, clareza das questões de modo a corrigir e melhorar possíveis dificuldades durante a aplicação definitiva do questionário. A primeira parte do questionário contou com dados pessoais e a segunda parte, com dados obstétricos.

Para condução dos GFs foi utilizado um roteiro de debate com questões-chave relacionadas à preferência da via de nascimento; fatores facilitadores e dificultadores do parto vaginal. A sequência das questões se deu com base na técnica de saturação⁽¹⁷⁾. As reuniões ocorreram em salas privativas das UBSFs, com duração aproximada de 60 minutos. Todos os GFs foram gravados (áudio e vídeo) e transcritos na íntegra.

A dinâmica do GF incluiu a apresentação dos participantes, dos objetivos da pesquisa e do tema que seria discutido. As respostas dos formulários foram submetidas à análise lexicográfica, por meio do software IRAMUTEQ, pelos métodos de Nuvem de Palavras e Análise de Similitude.

A análise lexical foi realizada a partir das palavras mais frequentes fornecidas nos segmentos de texto⁽¹⁸⁾. O vocabulário foi identificado e quantificado em relação à frequência e à posição no texto⁽¹⁹⁾.

O *corpus* gerado a partir da transcrição das falas formou um único arquivo composto por 30 Unidades de Contexto Inicial (UCI) e 411 Unidades de Contexto Elementar (UCE). Após o processamento das falas tivemos 85,89% de aproveitamento do *corpus*.

A nuvem de palavras possibilitou a identificação dos vocábulos mais relevantes a partir do *corpus*. O vocabulário foi identificado e quantificado em relação à frequência e posição no texto⁽¹⁹⁾.

A árvore de similitude permitiu a visualização da conexidade entre as palavras e identificou aquelas com maior frequência e co-ocorrência no *corpus* (itens lexicais centrais), e também as palavras próximas a esses (itens lexicais periféricos). Foi realizada a busca dos itens lexicais centrais e suas palavras periféricas no *corpus* para selecionar os segmentos da mensagem condizentes aos termos e realizar a interpretação dos núcleos de sentidos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (parecer 1.290.004) e conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque (2008).

Resultados e discussão

Participaram deste estudo 31 mulheres gestantes, com idades entre 18 e 41 anos. Predominaram mulheres casadas (n = 16, 52%), pardas (n = 19, 61%), com ensino fundamental completo (n = 14, 45%) e ocupação do lar (n = 08, 26%). Com relação à história obstétrica, 11 mulheres (35%) eram primigestas, 18 mulheres (58%) não tinham parto vaginal anterior e três (10%) tinham um parto vaginal anterior. A maioria das mulheres (n = 20, 64%) não tinha cesárea anterior (Tabela 1).

Quanto à escolha prévia da via de nascimento, 16 mulheres (52%) relataram preferência pelo parto vaginal sem intervenções, 10 (32%) relataram preferência pela

cesariana após entrar em trabalho de parto e cinco (16%) pela cesárea agendada/sem entrar em trabalho de parto (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociais e obstétricas das mulheres (n=31). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%
Dados Pessoais		
Idade (anos)		
< 20	03	10%
20-35	24	77%
≥ 35	04	13%
Escolaridade		
Ensino Fundamental	14	45%
Ensino Médio	12	39%
Curso Técnico Completo	-	-
Graduação Completa	05	16%
Pós-Graduação	-	-
Estado civil		
Solteira	04	13%
Casada	16	52%
Amasiada	11	35%
Cor (autodeclarada)		
Branca	07	23%
Preta	05	16%
Parda	19	61%
Indígena	-	-
Amarela (oriental)	-	-
Ocupação Materna		
Do lar	08	26%
Auxiliar Administrativo	04	13%

Empregada doméstica	07	23%
Vendedora	02	6%
Auxiliar de limpeza	02	6%
Cabeleireira	02	6%
Outras profissões	06	19%
<hr/>		
Dados obstétricos		
<hr/>		
Gestações anteriores		
Nenhuma gestação anterior	11	35%
1 gestação anterior	08	26%
2 gestações anteriores	09	29%
3 gestações anteriores	02	6%
4 gestações anteriores	01	3%
Partos vaginais anteriores		
Nenhum parto vaginal	18	58%
1 parto vaginal	03	10%
2 partos vaginais	08	26%
3 partos vaginais	01	3%
4 ou mais partos vaginais	01	3%
Cesáreas anteriores		
Nenhuma cesárea	20	65%
1 cesárea	05	16%
2 cesáreas	06	19%
Abortos		
Nenhum aborto	25	81%
1 aborto	06	19%
Via de nascimento de escolha da mulher na gestação atual		
Cesárea agendada (sem entrar em trabalho de parto)	10	32%
Cesárea após entrar em trabalho de parto	05	16%
Trabalho de parto espontâneo / Parto vaginal natural / sem intervenções	16	52%

O *corpus* textual constituiu-se por 30 textos, 409 segmentos de texto (ST), e 14.311 ocorrências de palavras, sendo 949 palavras distintas e 133 com uma única ocorrência (hápx). Este *corpus* foi submetido à análise de similitude e nuvem de palavras.

A partir da análise de similitude de mulheres primigestas e não primigestas (Figura 1), observamos a centralidade do termo “parto_normal”. Palavras como: “cesárea”, “dor”, “querer” e “medo” também obtiveram destaque na análise.

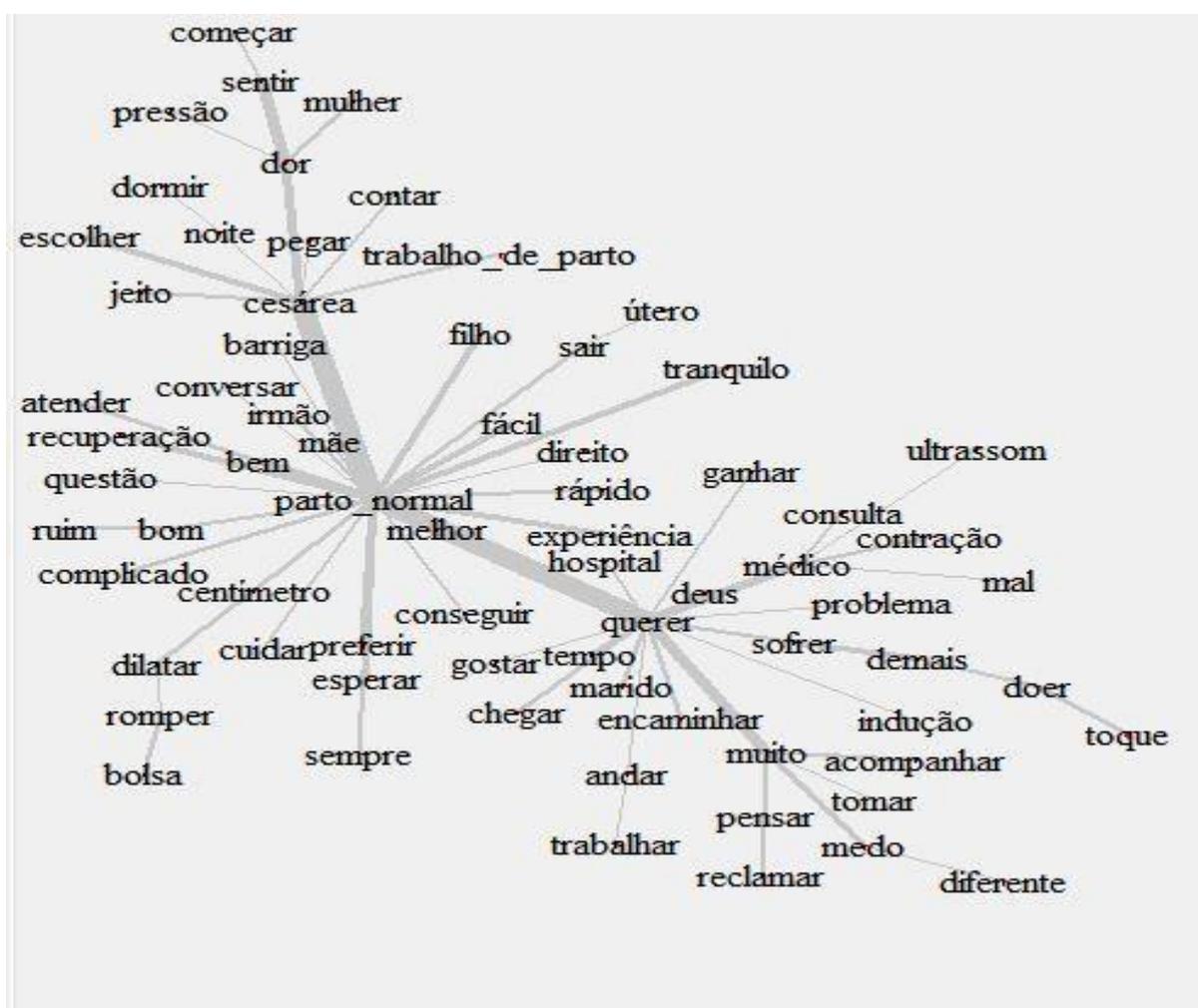


Figura 1. Árvore de similitude dos fatores que influenciam a decisão das mulheres pela via de nascimento.

No início da gestação, a maioria das mulheres apresenta alguma preferência pela via de nascimento, mas conformam-se quando são privadas do direito de exercer autonomia nessa escolha. Para muitas mulheres, o ‘destino’ ou a ideia de que ‘foi Deus quem quis assim’ é o que opera na decisão dos médicos⁽²⁰⁾.

“Eu prefiro o parto_normal. Tem que ver se o médico também vai preferir. São eles que resolvem” (M09).

“No meu primeiro filho eu queria parto_normal, não deu (...). Médico falou que eu não dava conta não, sou estreita, num tenho dilatação. Deus não permitiu que eu tivesse parto_normal. Agora tem que ver se o médico vai deixar”(M18).

“É o meu terceiro bebê. Eles já escolhem a cesárea quando é o terceiro filho, não deixam escolher”(M14).

“Eu, por pura e espontânea decisão da médica é cesariana, ela falou que não tem como ser parto_normal. Mas graças a Deus, o importante é o bebê nascer saudável”(M06).

Algumas mulheres referiram preferência pelo “parto_normal”. Na árvore de similitude esse termo estabelece ligações com: “melhor”, “preferir”, “tranquilo”, “recuperação” e “direito”. Essa preferência é justificada por motivos como: recuperação mais rápida, experiências de mulheres do convívio e facilidade nos cuidados com o bebê:

“Eu prefiro parto_normal porque é mais saudável, pela experiência das minhas irmãs e pela recuperação que é mais rápida. Na cesárea corre muito risco e eu não vou conseguir cuidar do neném” (M13).

“Pelas experiências das minhas cunhadas, eu fiquei junto e achei o parto_normal mais tranquilo” (M11).

Esse resultado é compartilhado por outros estudos⁽²¹⁻²²⁾ e contrasta com os altos índices de cesariana no Brasil⁽²³⁾. Em outros estudos, a preferência pelo parto vaginal também foi atribuída à melhor e mais rápida recuperação no pós-parto⁽²⁴⁻²⁵⁾ e à cesariana foi atribuída uma recuperação no pós-parto mais dolorosa e demorada⁽²⁶⁾.

Em proximidade com o termo “cesárea”, aparecem “mãe”, “irmão” e “conversar” que nos remetem à interferência da família na preferência pela cesárea:

“(...) Minha cunhada agendou cesárea pelo convênio. Ela relata que a cesárea é tranquila e o parto_normal arriscado. Se eu chego em 40 semanas e não dá parto_normal, peço a cesárea pelo convênio. Senão minha família fica doida, medo de passar de hora” (M29).

A decisão das mulheres perpassa pelo acesso às orientações durante o pré-natal e envolve aspectos familiares, sociais e culturais⁽²⁶⁾.

Apesar do relato pela preferência de uma ou outra via de nascimento, essa “escolha” esbarra em questões não controladas pela mulher, como: imposição da via de nascimento pelo profissional, falta de disponibilidade para acompanhar o trabalho de parto e receio de vivenciar uma experiência ruim.

“Ele (o médico) falou que dá o encaminhamento se eu quiser parto_normal porque lá não faz. Por mim tudo bem ser encaminhada para o (nome do hospital)” (M02).

“Minha cesárea não foi tranquila, juntou a dor, com os gases e eu precisava cuidar do bebê. Não quero isso de novo” (M07).

“Ele (o médico) falou que não dou parto_normal. Ele me explicou coisas do meu útero, mas não entendi, pelo jeito que ele falou. Esse médico não faz parto_normal pelo convênio, tem que ser cesárea” (M23).

O modelo tecnicista na assistência ao parto e nascimento no Brasil foi observado a partir da relação do termo “médico” com as palavras “ultrassom”, “consulta”, “contração” e “mal”:

“(...) Só o ultrassom que vai definir se vou poder ter parto_normal. Meu bebê estava muito grande no último ultrassom, o médico falou daquele negócio do bebê com a cabeça grande. Se for muito grande, não vai poder parto_normal. Senão machuca demais a gente (...)” (M13).

Outros estudos também identificaram a relação médico-paciente como um fator determinante na via de nascimento das mulheres no Brasil⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Essa relação assimétrica médico-paciente é permeada pela supervalorização do saber técnico da equipe, que presume o não saber da mulher e desconsidera sua capacidade de participar do processo fisiológico⁽³⁰⁾. No Brasil, os sentimentos de angústia e temor são frequentes e o cuidado recebido vai contra o cuidado esperado⁽³¹⁾. As gestações são

consideradas patológicas e o corpo da mulher é visto como uma máquina imperfeita que necessita de tecnologias para funcionar⁽³²⁾.

Atrelado à medicalização está a ausência do exercício da autonomia das mulheres. O profissional é que opera na decisão sobre o parto, e indicações falaciosas para realização de cesariana são aceitas sem questionamentos⁽³³⁾.

“Tenho medo de insistir porque os médicos não gostam de parto_normal,. Se der alguma coisa errada com meu filho, vão me culpar. Tem médicos que ficam falando que não conseguimos porque eles não conseguem fazer parto_normal, ou ficam com preguiça de ficar esperando um tempão. Mas eu tenho medo de falar, podem me marcar, maltratar” (M27).

A assistência prestada por enfermeiras obstétricas não foi mencionada nas falas das mulheres. Este resultado confirma a centralidade da assistência obstétrica no médico e se contrapõe às evidências científicas. O modelo que inclui a obstetrix na assistência ao nascimento é capaz de reduzir intervenções desnecessárias e as taxas de cesarianas⁽³⁴⁾.

A proximidade do termo “parto_normal” com os termos “querer”, “Deus”, “tempo”, “marido” e “sofrer” remete à compreensão da mulher de que o parto_normal é melhor. Porém, essa compreensão é permeada pela religiosidade da mulher, pela conduta médica e pela influência do marido, além do sentido atribuído ao sofrimento.

A religiosidade exerce influência na tomada de decisão acerca das vias de nascimento pela mulher:

“Eu creio que Deus vai me abençoar e vou conseguir ter parto_normal. Sempre quis viver essa experiência. Eu tenho pedido a Deus para me abençoar, para dar certo. Tenho fé que vai dar” (M14).

A assistência medicalizada negligencia a natureza espiritual do parto e pode afetar negativamente o bem-estar psicológico, emocional e físico das mulheres⁽³⁵⁾. Há dificuldade das equipes em proporcionar às mulheres apoio emocional e espiritual durante o nascimento⁽³⁶⁻³⁷⁾.

A preferência das mulheres pela via de nascimento é moldada por seus valores, crenças e experiências pré-existentes⁽³⁸⁾. Observamos que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, relatos de violência obstétrica e a desinformação impedem o exercício da autonomia das mulheres. Diante da impossibilidade de escolha, as mulheres optam pela “cesárea a pedido” para fugir da violência obstétrica:

“Eu quero cesárea. No meu primeiro filho eu quis parto_normal. Tive um parto “anormal”. Senti muita dor, não aquela dor normal do parto, da contração. Eles subiram nas minhas costelas para empurrar meu bebê. Quando ele nasceu, não sabia o que doía mais. Se era o corte que fizeram ou se eram minhas costelas. Fiquei com minhas costelas roxas por dois meses. Até de encostar o bebê para amamentar doía. Eu sei que posso ter parto_normal e ser diferente. Mas não quero correr risco. Foi horrível, foi traumático” (M19).

Outros estudos também observaram que as mulheres não se sentem participativas ou respeitadas na decisão da via de nascimento^(20,39).

Em nosso estudo, a opinião do marido acerca da via de nascimento teve grande impacto na decisão da mulher. Em uma sociedade patriarcal e misógina, o envolvimento do cônjuge, apesar de desejado pelas mulheres, depende de sua disponibilidade de participar do pré-natal. Outros estudos⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾ também apontam que os maridos têm um papel importante na tomada de decisão. A ausência de apoio do marido no parto aumenta as chances da mulher optar pela cesariana⁽⁴²⁻⁴³⁾.

A palavra “cesárea” estrutura a árvore de similitude em outro polo e apresenta alta conexão com os termos “dor”, “sentir”, “escolher” e “jeito”, que remetem aos sentimentos envolvidos na decisão pela cesariana como, por exemplo, o medo da dor:

“(…) Eu prefiro cesárea, não nasci para esse sofrimento todo. Morro de medo de ficar sentindo dor... E se me rasgar toda?” (M13).

“Tenho medo de não suportar a dor. De ficar horas sentindo dor, fazendo toque, colocando soro e não virar parto_normal. Eu tenho medo de sofrer” (M02).

O medo da dor é a principal justificativa para a “cesárea a pedido”. De um lado, observamos o discurso dos profissionais que alegam que as mulheres desejam a cesariana ou

que não toleram a dor do parto_vaginal. Por outro lado, observamos os discursos das mulheres sobre terem sua dor negligenciada ou de serem desrespeitadas no trabalho de parto^(9,27,29).

Outros estudos também evidenciaram relatos de mulheres que se consideram incapazes de parir por via vaginal por conta do medo da dor⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. Essas mulheres desconhecem alternativas para o alívio da dor, como as práticas não farmacológicas incentivadas pela WHO: livre movimentação, massagens, banhos, acupuntura, musicoterapia durante o trabalho de parto, entre outras⁽⁵⁾.

O termo “querer” é circuncidado por itens lexicais periféricos como: “sofrer”, “demais”, “doer”, “toque”, “muito” e “medo” os quais remetem à insegurança e medo das mulheres. O medo da dor, do toque vaginal e de sofrer, permeiam o imaginário da mulher e interferem na decisão pelo parto_normal:

“Independente do tipo de parto, o que é comum nas grávidas é que todas têm medos e angústias. Quando o médico é bom, ele ajuda nisso aí (...). Mas hoje em dia, a maioria só piora os medos da gente” (M30).

“Minha irmã fez cesárea, depois que ganha, é muita dor. Ao mesmo tempo, já acompanhei uma prima no parto_normal (...). De todo jeito tem muita dor. Tenho medo da dor (...)”(M15).

A palavra “dor” estruturando um dos polos da árvore de similitude nos faz observar que há um estereótipo da dor do parto⁽³³⁾. Essa associação da dor à ideia de sofrimento é um componente cultural que contribui para que o parto_vaginal seja difundido enquanto sinônimo de algo insuportável de se vivenciar.

“Junta o medo de tudo: do desconhecido, da dor, de ficar sofrendo por horas sem ninguém se preocupar (...). Eu tenho boas recordações do meu primeiro parto_normal. A verdade é que uns passam pela experiência e outros escutam das experiências (...). Isso gera muito medo porque nenhum parto é igual” (M26).

Outros estudos também observaram associação do parto_vaginal à dor e ao medo de maus desfechos perinatais⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. Essa cultura possivelmente se dissemina por grande parte dos serviços de saúde não disporem adequadamente de métodos de analgesia e de assistência

adequada à parturiente. O desejo pela “cesariana a pedido” justificado pelo desconhecimento dos métodos de analgesia impacta diretamente no exercício da autonomia da mulher:

“Eu tenho muito medo de acontecer algo ruim com meu bebê. Tem bebê que quebra osso quando vai nascer (...). Outros nascem com a cabeça amassadinha. Se ficar difícil demais lá na hora do parto eu peço a cesárea. Porque tem muitas mulheres que ficam dias sofrendo e depois faz cesárea” (M12).

No entanto, os recentes movimentos de desmedicalização do parto se associam à reinterpretção da dor e à retomada da autonomia da mulher na experiência do nascimento⁽⁴⁸⁾. O parto como experiência física deve ser vivido em sua plenitude, e a dor integra essa experiência.

A ressignificação da dor no ideário do parto se torna imprescindível para nova identidade da mulher que se torna mãe⁽⁴⁹⁾. Para desconstruir a ideia de sofrimento, é necessário fornecer informações à mulher sobre seu corpo, sobre a fisiologia do parto e os mecanismos da dor⁽⁴⁶⁾.

“(...) Eu não quero ficar sofrendo, quero cesárea. O médico falou que é só assinar que quero cesárea, porque ele também acha melhor. Mas eu tenho que decidir, ele não pode fazer cesárea sem eu assinar. Ele disse que tem isso agora, para forçar parto_normal” (M11).

Mas vale ressaltar que o medo, na maioria das vezes, é erroneamente atribuído à dor do parto. Esse medo, na verdade, se refere ao medo da violência obstétrica sofrida no processo de parturição:

“Sofri demais com parto induzido, quero cesárea. Meus outros filhos foram parto_normal, só o último não foi normal, foi um trem esquisito de dor. E eu não queria toque, não queria o soro e eles colocaram. Queria andar, queria comer e não podia. Nessa última eu num tinha líquido e todo mundo lá no hospital com pressa demais. Eu já num tinha força e todo mundo achando que era moleza minha, mas num era, eu num tinha força mesmo. Eu quero cesárea, Deus me livre daquilo que eu passei” (M09).

Decisões pautadas no desconhecimento dos riscos e benefícios de cada uma das vias de nascimento, não podem ser consideradas autônomas. A autonomia envolve decisões livres de interferências e de limitações pessoais como a ausência de acesso a informações pautadas

em evidências científicas⁽¹³⁾. A “cesárea a pedido” deve ser desencorajada e o profissional deve evitar a propagação da cultura da desinformação e do medo do parto_vaginal.

Em nosso estudo, observamos a “não escolha” da mulher acerca da via de nascimento, evidenciada em falas como: “não teve outro jeito”, “teve que ser cesárea” e “eu não dou conta de parto_normal”:

“Fizeram um ultrassom e deu que o bebê estava com quase quatro quilos e 51 centímetros. O médico me avisou que eu não ia dar conta de parto_normal, ia me rasgar todinha. Mas ele nasceu com 3,200kg. O médico falou que a ansiedade e as coisas psicológicas fazem perder peso (...)” (M29).

“Eles induziram o parto, me aplicaram soro e fizeram tudo que se pode imaginar para me ajudar (...). Mas não teve jeito, teve que ser cesárea porque estava com cordão enrolado no pescoço” (M26).

Essas falas retratam a atenção obstétrica no Brasil, pautada em falsas indicações de cesárea. Quanto às mulheres, exercem uma “autonomia limitada” ao optar por uma ou outra via de nascimento sem conhecimento prévio⁽⁴⁹⁾.

Para verificar as palavras mais frequentes no *corpus* recorremos à nuvem de palavras. Figura 2a: nuvem a partir do *corpus* geral, Figura 2b: nuvem de mulheres primigestas e Figura 2c: nuvem de mulheres não primigestas (Figura 2c).



Figura 2. Nuvens de palavras geradas a partir dos relatos de mulheres primigestas e não primigestas (Figura 2a), de mulheres primigestas (Figura 2b) e de mulheres não primigestas (Figura 2c).

As mulheres primigestas relataram preferência pelo parto_normal. A recorrência dos termos evidenciada na figura 2b permite-nos identificar que a (não) escolha da mulher se baseia primordialmente na indicação médica:

“Eu espero parto_normal, mas meu médico me acompanha no (nome do hospital) e lá opta pela cesárea. Eu só posso optar pelo parto_normal se eu concordar em ganhar neném no público e, se o bebê estiver com cordão enrolado no pescoço, tem que ser cesárea” (M01).

Desde o pré-natal existe o consenso de que é o profissional médico que definirá por qual via os bebês nascerão. Muitas mulheres desejam um parto_normal no início da gravidez. Entretanto, a falta de apoio e a escassez de orientações influenciam diretamente nessa escolha.

Neste estudo, dentre as mulheres não primigestas o termo mais frequente foi “cesárea”. Mulheres que vivenciaram uma cesárea tenderam a repetir essa via de nascimento (Figura 2c). Em outros estudos, a existência de cesárea anterior também foi fator de risco para um novo parto cirúrgico⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.

“Como eu já fiz uma cesárea, nenhum médico aceita fazer parto_normal. Tem que ser cesárea de novo(...). Eu não tenho o que escolher não. Já está escolhido por eles (médicos)” (M12).

A decisão pela via de nascimento é imposta pelos profissionais mediante falsas indicações de cesárea como circular de cordão, e a justificativa de que uma cicatriz uterina prévia impede a realização do parto_normal:

“O meu também vai ser cesárea porque meus outros partos tudo foi cesárea, não teve jeito, o bebê estava com cordão enrolado no pescoço” (M02).

“Eles queriam fazer cesárea em mim no primeiro. Eu não deixei. Eu sou mulher de ter barriga cortada? Minha mãe teve oito filhos, tudo parto_normal. A mãe entrava para o quarto de noite e no outro dia, estava com menino no braço. Ela paria e a gente nem via, nem escutava nada. Só ela e o pai no quarto. A vó chegava depois, para fazer a comida e a canja para a mãe” (M01).

“Fez cesárea porque eu não dilatei. Se eles deixarem (os médicos) eu quero ter a experiência do parto_normal” (M18).

“No meu primeiro filho eu queria muito ter parto_normal, mas não deu. Agora não me vejo tendo parto_normal. Os médicos já falaram que não é para mim. A cesárea é mais seguro” (M04).

A mulher fica mais vulnerável às decisões das equipes de saúde quando desconhece a fisiologia do parto. Outros estudos também apontaram que as mulheres não têm participado da decisão do seu parto, e que, muitas vezes, há um direcionamento profissional no desfecho da gestação^(21,33).

“Onde faço pré-natal só faz cesárea, mas quero parto_normal. Ele (o médico) cobra uma taxa bem altinha. Pelo meu convênio não aceita. Aí tem que ser cesárea ou ir para fila do público mesmo pagando meu convênio” (M03).

Nos hospitais privados, a cobrança da taxa de disponibilidade médica contribui para elevação das taxas de cesárea no Brasil. Mulheres que desejam o parto_vaginal, mas não podem pagar a disponibilidade se sujeitam ao parto cirúrgico visando ser atendida pelo médico que fez o pré-natal⁽⁵²⁾. Da mesma forma, a desvinculação entre pré-natal e parto no serviço público também pode ser considerada fator contribuinte para a realização de cesáreas, em função da ausência de informações sobre as gestações anteriores⁽⁵³⁾.

Dependendo da equipe que presta assistência durante o trabalho de parto e do conhecimento da mulher, a expectativa poderá ou não coincidir com o desfecho do parto:

“Eu, por pura e espontânea decisão da médica é cesariana, por questão da minha saúde, não tem como ser parto_normal”(M06).

“Eu prefiro parto_normal por conta da recuperação. Meu marido não tem licença paternidade, não tenho ajuda” (M04).

“Eu quero parto_normal, mas sem demora. Quando demora, o médico faz cesárea, mesmo depois do sofrimento” (M22).

Muitas parturientes assumem uma atitude de conformismo frente às imposições dos profissionais. Pouco se questiona e elas parecem calar-se diante de um tratamento desrespeitoso⁽²⁹⁾. Essas mulheres não estão exercendo autonomia e desconhecem os riscos da cesariana, da prematuridade e suas consequências⁽⁵⁴⁾.

O desenvolvimento da autonomia da mulher pode ser estimulado pela educação em saúde⁽⁵⁵⁾. Outro estudo também reforçou a importância da informação na tomada de decisão

acerca do plano de parto⁽⁵⁶⁾. Possibilitar que a gestante adquira conhecimentos acerca dos pontos positivos e negativos de cada via de nascimento pode ampliar o poder feminino, garantir o direito de escolha e o exercício da autonomia no parto.

Limitações do estudo:

Nosso estudo apresenta pontos fortes e limitações. O fato de o estudo ter sido realizado em um município com altíssimas taxas de cesárea pode dificultar a generalização dos resultados para outros municípios. No entanto, sabe-se que o cenário de disseminação da “cesárea a pedido” está relacionado ao medo da dor e da violência obstétrica. A compreensão da perspectiva de mulheres que vivem no município do estudo pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias que tornem os profissionais comprometidos com o dever ético de tornar as gestantes competentes para uma escolha autêntica, visto que o exercício pleno da autonomia pressupõe conhecimento.

A fortaleza deste estudo consiste em termos proporcionado a escuta ativa das mulheres acerca de suas (não) escolhas da via de nascimento e desmistificação da “cesárea a pedido” enquanto manifestação autêntica do desejo da mulher. A “cesárea a pedido” consiste em uma forma das mulheres fugirem da violência obstétrica e da cultura do medo do parto normal que vem sendo disseminada ao longo dos anos.

Implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem:

Poucos estudos avaliam a participação das mulheres na decisão sobre a via de nascimento. Esse fato é reflexo do desinteresse em ouvir as mulheres quanto a sua participação nas decisões sobre o seu corpo.

Nosso trabalho, ao ouvir as mulheres, desmistifica a cesárea a pedido como um exercício da autonomia, da livre escolha da mulher. A incongruência entre as preferências das mulheres e os altos índices de cesárea no país certamente impõe medidas de saúde pública voltadas ao exercício autêntico da autonomia nas decisões das mulheres brasileiras acerca da via de nascimento de seus filhos (as).

Conclusão

As mulheres não se sentem participativas ou respeitadas em suas escolhas acerca das vias de nascimento. Na perspectiva das parturientes, o modo de nascer é determinado pelos profissionais que assistem o parto e perpassa por questões sociais, culturais e emocionais, como o medo da dor. De modo geral, as mulheres não têm exercido autonomia na escolha da via de nascimento de seus filhos(as).

A restrição do exercício da autonomia das mulheres é evidenciada a partir de práticas assistenciais rotineiras que caracterizam a violência obstétrica, tais como: escassez de informações científicas durante o pré-natal sobre os riscos e benefícios de cada modo de nascer, ausência da oferta de analgesia no parto, uso rotineiro de ocitocina, realização de episiotomia e manobra de Kristeller.

Claramente, há um retrocesso no reconhecimento e concretização dos direitos femininos na sua plenitude que impossibilita o exercício pleno da autonomia diante do próprio corpo e parto. Nos relatos das mulheres, evidenciamos que a realização da cesárea sem indicação obstétrica é rotineira, mesmo frente ao desejo da mulher pelo parto vaginal. Existe coerção ao parto cirúrgico e são criadas falsas indicações para que a cesariana seja aceitável pelas mulheres.

A banalização acerca da cesariana destaca-se nos discursos, trazendo à tona a discussão sobre o modo ‘normal’ de nascer na sociedade atual, fortemente influenciado pelo

poder médico. A manifestação do desejo pela “cesárea a pedido” surge em um contexto de medo da dor do parto, da violência obstétrica e de não ter seu corpo respeitado no processo de parir. O desconhecimento dos métodos de analgesia, bem como a ausência de orientação para realização do parto vaginal desencoraja as mulheres e propaga uma falsa sensação de que a cesárea é a via de nascimento mais segura, o que contraria todas as evidências científicas e recomendações da OMS.

Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de que os profissionais se comprometam com experiências coletivas criadoras de novos saberes. Há necessidade de devolver o parto para as mulheres e suas famílias, transformando o modelo atual de assistência em um cuidado que respeita a autonomia das mulheres e acredita no seu potencial fisiológico de parir.

Referências

1. Freire MML, Bonan C, Nakano AR. Medicalization of pregnancy and childbirth in the pages of Claudia, 1961-1990. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018 Oct-Dec;25(4):959-977. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500005>.
2. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad Cult Ciênc*. 2015 Mar;13(2):76-89. doi: <http://dx.doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.838>.
3. World Health Organization. Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Web annex 1. Strategies to reduce caesarean sections identified in the scoping review. Geneva: World Health Organization; 2018

(WHO/RHR/18.20). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

4. Barros FC, Matijasevich A, Maranhão AGK, Escalante JJ, Neto DLR, Fernandes RM, et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(3):217–25. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/217-225/en>.
5. World Health Organization. Statement on Caesarean Section Rates. Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: www.who.int/reproductivehealth.
6. Chervenak FA, McCullough LB. The professional responsibility model of obstetric ethics and caesarean delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013 Apr;27(2):153-64. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.09.001.
7. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008 Mar;35(1):33-40. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00209.x.
8. Demontis R, Pisu S, Pintor M, D'aloja E. Cesarean section without clinical indication versus vaginal delivery as a paradigmatic model in the discourse of medical setting decisions. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Dec;24(12):1470-5. doi: 10.3109/14767058.2010.538279.

9. Alsayegh E, Bos H, Campbell K, Barrett J. No. 361-Caesarean Delivery on Maternal Request. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018;40(7):967-971. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.009>.
10. Carneiro MS, Teixeira E, Silva SED, Carvalho LR, Silva BAC, Silva LFL. Dimensions of maternal health from the perspective of social representations. *Rev Min Enferm*. 2013;17(2):446-453. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130034>.
11. Oladapo OT, Souza JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Vogel JP, Fawole B, et al. WHO Better Outcomes in Labour Difficulty (BOLD) project: innovating to improve quality of care around the time of childbirth. *Reproductive Health*. 2015;12:48. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-015-0027-6>.
12. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e3570014. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>.
13. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
14. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*. 2005;13(1):111-23. Available from: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96/91.

15. Gui R. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* 2003;3(1)1;135-160. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000100007&lng=pt&tlng=pt.
16. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed, 2009.
17. Trad LB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2009;19(3):777-796. doi: 10.1590/S0103-73312009000300013.
18. Lahlou S. Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. *Papers on Social Representations.* 2012;20(38):1-7. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/46728>.
19. Justo AM, Camargo BV. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.* 2013;21(2):513-518. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
20. Rocha NFF, Ferreira J. The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review. *Saúde em Debate.* 2020;44(125):556-568. doi: 10.1590/0103-1104202012521.
21. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública.* 2014;30(Suppl 1):S101-S116. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

22. Yee LM, Kaimal AJ, Houston KA, Wu E, Thiet MP, Nakagawa S, et al. Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Mar;212(3):377.e1-24. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.029.
23. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World bank group and the United Nations population division. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva World Health Organization; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>.
24. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2013;35(6):281-285. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000600008>.
25. Vale LD, Lucena EES, Holanda CSM, Cavalcante RD, Santos MM. Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015;36(3):86-92. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50032>.
26. Leguizamon JT, Stefani JA, Bonamigo EL. Choice of route of childbirth: expectation of pregnant women and obstetricians. *Revista Bioética*. 2013;21(3):509-517. Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/n83yyy8QSxYjK7QqLTzF6PB/?format=pdf&lang=pt>

27. Rangel VM, Camargo Jr KR. A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(4):1293-1310. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400012>.
28. Souza AB, Silva LC, Alves RN, Alarcão ACJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Ciênc. Méd.* 2016; 25(3):115-128. doi: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v25n3a3641>.
29. Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(3):1228-1236. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>.
30. Deslandes SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2006, 414 p. doi: <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.
31. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10(2):191-197. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000200006>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento/ Ministério da Saúde*. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos Humaniza SUS; v. 4) ISBN 978-85-334-2136-3. 1. Humanização do parto. 2.

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Série. III. Universidade Estadual do Ceará.

33. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Escola Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>.
34. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.
35. Crowther AS, Hall J, Balabanoff D, Baranowska B, Kay L, Menage D, Fry J. Spirituality and childbirth: An international virtual co-operative inquiry. *Women and Birth*. 2021;34(2):e135-e145. doi: 10.1016/j.wombi.2020.02.004.
36. Crowther S, Hall J. Spirituality and spiritual care in and around childbirth. *Women Birth*. 2015 Jun;28(2):173-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.001>.
37. Brilhante MAA, Faustino WM. Motherhood and Spirituality: The experience of women who have chosen to give birth at home. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):4018-4034. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-272>.

38. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R, Hollowell J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a ‘best fit’ framework approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:103. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>.
39. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16:77. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>.
40. Dudgeon MR, Inhorn MC. Men’s influences on women’s reproductive health: medical anthropological perspectives. *Soc Sci Med*. 2004;59:1379–95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.035>.
41. Singh A, Ram F. Men’s involvement during pregnancy and childbirth: evidence from Rural Ahmadnagar, India. *Popul Rev*. 2009;48:83–102. doi: <https://doi.org/10.1353/prv.0.0016>.
42. Sapkota S, Kobayashi T, Kakehashi M, Baral G, Yoshida I. In the Nepalese context, can a husband’s attendance during childbirth help his wife feel more in control of labour? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:49. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-49>.

43. Lewis S, Lee A, Simkhada P. The role of husbands in maternal health and safe childbirth in rural Nepal: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:162. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0599-8>.
44. Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:96. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>.
45. Mello RSF, Toledo SF, Mendes AB, Melerato CR, Mello DS. Fear of childbirth among pregnant women. *Femina*. 2021;49(2):121-8. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224070/femina-2021-492-p121-128-medo-do-parto-em-gestantes.pdf>.
46. Goutaudier N, Bertoli C, Séjourné N, Chabrol H. Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2019;37(1):44-55. doi: <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504284>.
47. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C. et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020 Dec;15(1):1704484. doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>.

48. Russo J, Nucci M, Silva FL, Chazan LK. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*. 2019;25(2):519-550. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>.
49. Bergeron, D. The Potential Paradox of Organizational Citizenship Behavior: Good Citizens at What Cost? *The Academy of Management Review*. 2017 Oct;32(4):1078-109532. doi: <https://doi.org/10.2307/20159357>.
50. Mascarello KC, Matijasevich A, Barros AJD, Santos IS, Zandonade E, Silveira MF. Repeat cesarean section in subsequent gestation of women from a birth cohort in Brazil. *Reprod Health*. 2017;14:102. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0356-8>.
51. Kietpeerakool C, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Rattanakanokchai S, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Pregnancy outcomes of women with previous caesarean sections: Secondary analysis of World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Sci Rep*. 2019;9:9748. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46153-4>.
52. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(1):185-194. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>.
53. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bogus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(5):1303-1311. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500023>.

54. Freitas PF, Drachler Mde L, Leite JC, Grassi PR. Social inequalities in cesarean section rates in primiparal, Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2005 Oct;39(5):761-7. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000500010>.
55. Reis TLRR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadros JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017;38(1):e64677. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.
56. Sodré TM, Merighi MAB, Bonadio ICE. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2021;11(5):115-120. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i5.17062>.

5 CONCLUSÕES

A desarticulação da rede de saúde evidenciada pela ausência de serviços de referência, pela peregrinação das mulheres em busca de atendimento obstétrico, pelo uso excessivo de recursos e tecnologias de saúde e pela baixa inserção de enfermeiras obstétricas e obstetrizas na assistência, se opõe às expectativas das vias nascimento e trabalho de parto apresentadas pelas mulheres e podem inviabilizar a vivência de uma experiência de parto positiva.

As mulheres não se sentem participativas ou respeitadas em suas escolhas acerca das vias de nascimento. Na perspectiva das parturientes, o modo de nascer é determinado pelos profissionais que assistem o parto e perpassa por questões sociais, culturais e emocionais, como o medo da dor. De modo geral, as mulheres não têm exercido autonomia na escolha da via de nascimento de seus filhos(as).

A restrição do exercício da autonomia das mulheres é evidenciada a partir de práticas assistenciais rotineiras que caracterizam a violência obstétrica, tais como: escassez de informações científicas durante o pré-natal sobre os riscos e benefícios de cada modo de nascer, ausência da oferta de analgesia no parto, uso rotineiro de ocitocina, realização de episiotomia e manobra de Kristeller.

Claramente, há um retrocesso no reconhecimento e concretização dos direitos femininos na sua plenitude que impossibilita o exercício pleno da autonomia diante do próprio corpo e parto. Nos relatos das mulheres, evidenciamos que a realização da cesárea sem indicação obstétrica é rotineira, mesmo frente ao desejo da mulher pelo parto vaginal. Existe coerção ao parto cirúrgico e são criadas falsas indicações para que a cesariana seja aceitável pelas mulheres.

A banalização acerca da cesariana destaca-se nos discursos, trazendo à tona a discussão sobre o modo ‘normal’ de nascer na sociedade atual, fortemente influenciado pelo poder médico. A manifestação do desejo pela “cesárea a pedido” surge em um contexto de medo da dor do parto, da violência obstétrica e de não ter seu corpo respeitado no processo de parir. O desconhecimento dos métodos de analgesia, bem como a ausência de orientação para realização do parto vaginal desencoraja as mulheres e propaga uma falsa sensação de que a cesárea é a via de nascimento mais segura, o que contraria todas as evidências científicas e recomendações da OMS.

Sugerimos que mais pesquisas sejam realizadas visando contribuir para ações que estimulem o exercício da cidadania feminina nos processos decisórios que envolvem as

questões da saúde reprodutiva, preservando e garantindo a decisão pela via de nascimento enquanto um direito inalienável das mulheres e seus familiares.

Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de que os profissionais se comprometam com experiências coletivas criadoras de novos saberes. Há necessidade de devolver o parto para as mulheres e suas famílias, transformando o modelo atual de assistência em um cuidado que respeita a autonomia das mulheres e acredita no seu potencial fisiológico de parir.

Sugerimos que mais pesquisas sejam realizadas visando contribuir para ações que estimulem o exercício da cidadania feminina nos processos decisórios que envolvem as questões da saúde reprodutiva, preservando e garantindo a decisão pela via de nascimento enquanto um direito inalienável das mulheres e seus familiares.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALVES, *et al.* Atuação da enfermeira obstetra no desenrolar do trabalho de parto e parto. **Rev Enferm Health Care**. v. 7, n.1, p 41-50. 2018. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.1678>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee opinion nº. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. **Obstetrics & Gynecology**, v. 131, p. 73–77. 2019.

AMINU, M.; UTZ, B.; HALIM, A.; VAN DEN BROEK, N. Reasons for performing a caesarean section in public hospitals in rural Bangladesh. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 130. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-130>.

ARMELLINI, C. J.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 305-15, 2003.

BARBER, E. L.; LUNDSBERG, L. S.; BELANGER, K.; PETTKER, C. M.; FUNAI, E. F.; ILLUZZI, J. L. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n. 1, p. 29–38. 2011. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31821e5f65.

BEGUM, T.; RAHMAN, A.; NABABAN, H.; HOQUE, D. M. E.; KHAN, A. F.; ALI, T., *et al.* Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. **PloS one**, v. 12, n. 1, p. e0188074, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188074>.

BELIZÁN, J. M.; ALTHABE, F.; BARROS, F. C.; ALEXANDER, S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. **BMJ**, v. 319, n. 7222, p. 1397-1402. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188074>.

BETRAN, A. P.; TORLONI, M. R.; ZHANG, J. J.; GÜLMEZOGLU, A. M. WHO Statement on Caesarean Section Rates. **BJOG**, v. 123, n. 5, p. 667–70. 2016. DOI: 10.1111/1471-0528.13526.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2002. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** (DOU) Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1067 de 4 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União** (DOU), Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, maio a outubro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 26 de novembro de 2021. Disponível em: https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_semestral_rede_cegonha_ouvidoria-sus_que-deu-a-nota-de-64-porcento-sem-acompanhantes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº. 306, de 28 de março de 2016**. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Acesso em: 26 de novembro de 2021. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CÂMARA, R.; BURLÁ, M.; FERRARI, J.; LIMA, L.; AMIM JUNIOR, J.; BRAGA, A.; *et al.* Cesarean section by maternal request. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, p. 301-310. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-8, 2013a. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013b. Acesso em: 25 de novembro de 2021. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 35-52. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100003>.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B. G.; RODRIGUES, E. F.; AZAMBUJA, E. P. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 30-7. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100004>.

CHARTIER, J. F.; MEUNIER, J. G. Text mining methods for social representation analysis in large corpora. **Papers on social representations**, v. 20, n. 2, p. 37.1-37.47. 2011.

CHEN, I.; OPIYO, N.; TAVENDER, E.; MORTAZHEJRI, S.; RADER, T.; PETKOVI, J.; *et al.* Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 28, n. 9, p. CD005528. 2018. DOI: [10.1002/14651858.CD005528.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub3).

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRYNSZPAN, D.; SOUZA, M. C. B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 20. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. Pesquisa de métodos mistos. São Paulo: Penso; 2013.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa. Porto Alegre: Artmed; 2010.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313, 326. 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; TORRES, J. A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E, *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. S101-S116. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

FANEITE, J., FEO, A., TORO, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 72, n. 1, p. 4-12. 2012.

FENG, X. L.; XU, L.; GUO, Y.; RONSMANS, C. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 1, p. 30–9A. 2012. DOI: 10.2471/BLT.11.090399.

FESTIN, M. R.; LAOPAIBOON, M.; PATTANITTUM, P.; EWENS, M. R.; HENDERSON-SMART, D. J.; CROWTHER, C. A. Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 9, p. 17, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-17>.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2010. Acesso em 25 de novembro de 2021. Disponível em:

<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-generonos-espacos-publico-e-privado-2010/>

FUSTINONI, S. M.; MERIGHI, M. A. B. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social. In: Merighi MAB, Praça NS, organizadoras. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.107-19.

GARCIA, M. N.; SANTOS, S. M. B.; PEREIRA, R. S.; ROSSI, G. B. Software livre em relação ao software proprietário: aspectos favoráveis e desfavoráveis percebidos por especialistas. **Gest Reg**, v. 26, n. 78, p. 106-20. 2010. DOI: <https://doi.org/10.13037/gr.vol26n78.1061>.

GOMES, A. M. Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. **In Cadernos Humaniza SUS: Volume 4 - Humanização do parto e nascimento**. p. 133-154. 2014. Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.

GOUTAUDIER, N.; BERTOLI, C.; SÉJOURNÉ, N.; CHABROL, H. Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. v. 37, n. 1, p. 44-55. 2019. DOI: 10.1080/02646838.2018.1504284.

HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BÓGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1303-11. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500023>.

JORDAN, B. *Birth in Four Cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Long Grove (IL): Waveland press, Inc; 1993.

KATZ, L.; AMORIM, M. M.; GIORDANO, J. C.; BASTOS, M. H.; BRILHANTE, A. V. M. Who is afraid of obstetric violence? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 623-626. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>.

KNOBEL, R.; LOPES, T. J. P.; MENEZES, M. O.; ANDREUCCI, C. B.; GIEBUROWSKI, G. T.; TAKEMOTO, M. L. S. CESAREAN-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 9, p. 522-528. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712134>.

LAHLOU, S. L'analyse lexicale. **Variances**, v. 3, p. 13-24. 1994.

LAHLOU, S. Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7. 2012. ISSN 1021-5573.

LANSKY, S.; SOUZA, K. V.; PEIXOTO, E. R. M.; OLIVEIRA, B. J.; DINIZ, C. S. G.; VIEIRA, N. F.; *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2824. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>

LEAL, M. C. Being pregnant in Brazil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**. v. 28, n. 8, p. 1420-1421. 2012.

LEAL, M. C.; SILVA, A. A. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; RATTNER, D.; MOREIRA, M. E.; *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproduction Health**, v. 9, n. 15, p. 15. 2012. DOI: [10.1186/1742-4755-9-15](https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-15).

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P.; DOMINGUES, R. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, p. S1-16. 2014. DOI: [10.1590/0102-311x00151513](https://doi.org/10.1590/0102-311x00151513).

MALDONADO, M. T. Psicologia da Gravidez. Parto e Puerpério. 6 ed. Petrópolis, **Vozes**. p. 88 - 98. 2002.

MARCHAND, P., RATINAUD, P. (2012). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. **In Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**. JADT. p. 687-699. 2012. Liège, Belgique.

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 112, n. 29-30, p. 489-95. 2015. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0489.

NASCIMENTO, A.R.A do; MENANDRO, P.R.M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estud. pesqui. Psicol.**, v. 6, n. 2, p. 72-88. 2006. ISSN 1808-4281.

OLIVEIRA SILVA ESCARTIN SALAS, A. R.; PALAMIN BUONAFINE, C.; OLIVEIRA LIRA, P.; DI GIACOMO DO LAGO, T. The construction of women's autonomy towards choosing the mode of delivery. **Revista De Medicina**. v. 99, (Suppl), 27-27. 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99iSupplp27-27>.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1228-1236. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>.

ONER, C.; CATAK, B.; SÜTLÜ, S.; KILINÇ, S. Effect of social factors on cesarean birth in Primiparous women: a cross sectional study (social factors and cesarean birth). **Iranian Journal of Public Health**, v. 45, n. 6, p. 768–73. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Autor. 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal. Genebra: OMS, 1996.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvida na região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, p. 113-124. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000100013>.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 185-194. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>.

PÉREZ D'GREGORIO, R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **Int J Gynaecol Obstet**. v. 111 p. 201-202. 2010. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal**. v. 25, n. 3. p. 585-602. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011>.

POMA, P. A. Efeitos das características do obstetra nas taxas de parto cesáreo. Uma experiência de hospital comunitário. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 180, n. 6, p. 1364-72. 1999.

PRATA, L.J.; PROGIANTI, J.M. A Influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 21, n. 1, p. 23-28, jun. 2013. ISSN 0104-3552.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**. v. 65, n. 2 p. 257-63. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>.

RAMOS, W. M. A. *et al.* Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**. v. 10, n. 1, p. 173-179. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>

Reinert M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. **Bull Methodol Sociol.** v. 26. n. 1 p. 24-54. 1990.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* v. 13, n. 1, p. 759-768. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-10. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review. **Saúde em Debate.** v. 44, n. 125, p. 556-568. 2020. DOI: [10.1590/0103-1104202012521](https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521). DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>.

RUSSO, JANE *et al.* Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Mana.** v. 25, n. 2. pp. 519-550. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>.

SANDALL, J.; SOLTANI, H.; GATES, S.; SHENNAN, A.; DEVANE D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** v. 28, n. 4 CD004667. 2016. DOI: [10.1002/14651858.CD004667.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5).

SCARTON, J.; PRATES, L. A.; WILHELM, L. A.; SILVA, S. C.; POSSATI, A. B.; ILHA, C. B. et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, p. 143-151. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786>.

SCHYNS-VAN DEN BERG, A. M. J. V.; CLAUDOT, F.; BAUMANN, A. Anaesthesiology and ethics: Autonomy in childbirth. **Eur J Anaesthesiol.** v. 35, n. 8 p. 553-555. 2018. DOI: [10.1097/EJA.0000000000000839](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000839). PMID: 29975220.

SHORTEN, A.; SHORTEN, B.; KEOGH, J.; WEST, S.; MORRIS, H. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. **Birth**, v. 32, n. 4, p. 252-261. 2005. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00383.x.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 3, p. 424-31. 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150056.

SILVA, M. G.; MARCELINO, C. M.; RODRIGUES, L. S. P.; TORO, C. R.; SHIMO, A. K. K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**. v. 15, n. 4, p. 720-8. 2014.

SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-PR. **Texto & Contexto - Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 452-460. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300006>.

SOUZA, A. B.; SILVA, L. C.; ALVES, R. N.; ALARCÃO, A. C. J. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**, v. 25, n. 3, p. 115-128. 2016.

SOUZA, M. A. R.; WALL, M. L.; THULER, A. C. M. C.; LOWEN, I. M.V.; PERES, A. M. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc Enferm USP**. v. 52, e03353. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.

TERÁN, P., CASTELLANOS, C., BLANCO, M. G., RAMOS, D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**. v. 73, n. 3, p. 171-180. 2013.

THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY RISK RESEARCH GROUP: KUKLA, R.; KUPPERMANN, M.; LITTLE, M.; LYERLY, A. D.; MITCHELL, L. M.; ARMSTRONG, E. M.; HARRIS, L. Finding autonomy in birth. **Bioethics**. v. 23, n.1, p. 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00677.x>.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas das gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas Psicol.** v. 24, n. 2, p. 681-93. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>

VELASQUE, E. A. G.; PRADEBON, V. M.; CABRAL, F. B. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. **Rev Enferm UFSM** v. 8, n. 1 p. 80-87. 2011. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976921991>.

WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; DAL BOSCO, S. M. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.** v. 22, n. 1, p. 46-53. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: Autor. 1996.

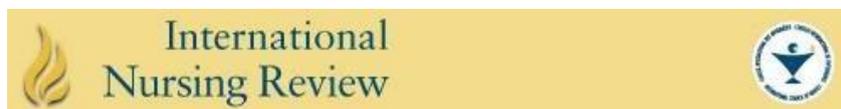
WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

YE, J.; ZHANG, J.; MIKOLAJCZYK, R.; TORLONI, M. R.; GULMEZOGLU, A. M.; BETRAN, A. P. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. **BJOG**, v. 123, n. 5, p. 745–53. 2016. DOI: 10.1111/1471-0528.13592

ZANARDO, G. L. DE P. *et al.* Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade.** v. 29. e155043. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.

ANEXOS

ANEXO 1 - Normas para publicação - International Nursing Review



Author Guidelines

1. Is International Nursing Review (INR) the best journal for my manuscript?
2. What is the aim and scope of INR?
3. Reporting Guidelines
4. What do I need to know about ethics, authorship, acknowledgements, sources of funding, conflict of interest, and copyright?
 - 4.1 Non-Original material and plagiarism
 - 4.2 Authorship and acknowledgements
 - 4.3 Sources of funding
 - 4.4 Conflict of interest
 - 4.5 Submissions by editorial team and ICN sta" members
 - 4.6 Ethical approvals
 - 4.7 Referencing
 - 4.8 Appeal of decision
5. What are the word limits for di"erent manuscripts?
6. What are the parts of the manuscript that I/we need to submit?
 - 6.1 Checklist
 - 6.2 Cover Letter to the Editor
 - 6.3 Title Page
 - 6.4 Abstract
 - 6.5 Keywords
 - 6.6 Body of manuscript
 - 6.6.1 Original research study
 - 6.6.2 Literature review
 - 6.6.3 Other non-empirical manuscripts
 - 6.6.4 Short communication
 - 6.6.5 Letter to the Editor
7. What about the manuscript format and structure?
 - 7.1 Format
 - 7.2 Optimizing Your Abstract for Search Engines
 - 7.3 Tables, Figures and Figure Legends
 - 7.4 Preparation of Electronic Figures for Publication
 - 7.5 Supporting Information
 - 7.6 Article Preparation Support
8. How to submit the manuscript?
 - 8.1 Getting started
 - 8.2 Submitting your manuscript

- 8.1 Getting help with your submission
- 8.2 Blinded peer review
- 8.3 Review period
- 9. What happens if the manuscript is accepted?
 - 9.1 Proof corrections
 - 9.2 Copyright agreement
 - 9.3 Early View
 - 9.4 Author Material Archive Policy
 - 9.5 O"prints and extra copies
 - 9.6 Article Promotion Support
 - 9.7 Author Services
 - 9.8 Author Name Change policy

These Guidelines apply to all new manuscripts submitted after 1st November 2020

A word of warning: We want you to achieve success in publication so make sure that your time and effort are not wasted! If you don't follow these Guidelines carefully your manuscript might be returned for amendments before expert review or rejected.

1. Is International Nursing Review (INR) the best journal for my manuscript?

Given our rapid review process and the large number of submissions we receive, we do not accept pre-submission enquiries about potential manuscripts or abstracts. As an author you need to decide whether your manuscript should be submitted to INR. Understand the aim and scope of INR first, read these Guidelines carefully, and look at recently published issues of INR to see if your topic would fit.

2. What is the aim and scope of INR?

International Nursing Review is the official journal of the International Council of Nurses (ICN) in Geneva, Switzerland. It is a quarterly journal using a blind peer review process, and focuses predominantly on nursing policy, health policy, and social policy issues of relevance to nurses and midwives internationally. The aim of INR is to promote ICN's global mission by representing nursing, advancing the profession, and shaping health policy and nursing policy. ICN also contributes to the ongoing development of nursing internationally with its regular section in INR on International Perspectives. The diverse international readership of INR is located in around 135 countries. Published both in hard copy and on-line, INR is a key resource for nursing and health policymakers worldwide. All papers need a clear focus on nurses and the profession of nursing.

Remember: We look for papers that make a substantial and novel innovation to nursing knowledge! INR welcomes only original manuscripts in which nurses and midwives describe the policy relevance of their work and document their experience and/or research. Policy concerns of INR are: regulation of the profession, workplace issues, innovations in practice, patient safety, quality improvement education, ethics, nurses' and midwives' work-life experiences, and the impact of globalization and technology on nursing, health and social policy. As an author, you are encouraged to develop a 'global intelligence' on nursing. You should address INR's diverse audience by exploring beyond local or national interests to the more general, global application of the principles underlying your work. Background information on the local arrangements for nursing and health care in your country should be discussed as this provides useful context for INR's global readership.

3. Reporting Guidelines.

All authors are required to verify in their Letter to the Editor which guidelines they have followed for their research design, and submit with this Letter a completed checklist that verifies all essential elements have been reported for all primary research and systematic reviews. If this checklist is not submitted then the manuscript will not be reviewed. You can search for the correct guideline for your study using the tools provided by the EQUATOR network: <http://www.equator-network.org/> The guideline used must be described in the Methods section.

Reporting guidelines used by INR are:

- ♦ Qualitative studies - COREQ - Consolidated criteria for reporting qualitative research, <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq>
- ♦ Observational cohort, case control and cross sectional studies - STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology, <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
- ♦ Quasi-experimental/non-randomized evaluations - TREND - Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs, <http://www.cdc.gov/trendsstatement/>
- ♦ Randomized (and quasi-randomized) controlled trial - CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials, <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>
- ♦ Study of Diagnostic accuracy/assessment scale - STARD - Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies, <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>
- ♦ Systematic Review of Controlled Trials - PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>
- ♦ Systematic Review of Observational Studies - MOOSE - Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10789670>

If you are reporting original research, you need to use the following for:

- ◊ Randomized studies, the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT); www.consort-statement.org;
- ◊ Descriptive and epidemic studies the Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND); <http://www.cdc.gov/trendsstatement/>;
- ◊ Descriptive and epidemiologic studies <http://www.cdc.gov/trendsstatement/>, and for
- ◊ Quality improvement reports, the Standards for Quality Improvement Reporting (SQUIRE); www.squire-statement.org

1. What do I need to know about ethics, authorship, acknowledgements, sources of funding, conflict of interest, and copyright?

If you are reporting studies conducted in countries other than your own, wherever possible, involve local authors when writing a manuscript.

For those interested in the Wiley policy on the NIH Public Access Mandate, please visit our policy statement. <https://authors.wiley.com/authors/our-journals/author-services/open-access/affiliation-policies-payments/funder-agreements.html> You are encouraged to visit Wiley Author Services for further information on the preparation and submission of articles and figures.

International Nursing Review is a member of the Committee for Publication Ethics (COPE; <http://publicationethics.org/>) and adheres to the following guidelines:

1.1 Non-original material and plagiarism

In keeping with international trends in publication, all manuscripts are checked for the percentage of non-original material, and any referencing or non-referencing issues, using anti-plagiarism software. At INR we use CrossCheck™ powered by iThenticate to check manuscripts. We check all new submissions as well as re-submissions. Authors are warned that plagiarism is a serious academic offense, and will not be

tolerated. Manuscripts that do not adhere to our Guidelines for correct referencing of all sources may be rejected or sent back to authors for revision prior to peer review.

1.1 Authorship and acknowledgements

1. Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript has been read and approved by all authors. All authors must meet at least one of the following authorship criteria (based on those recommended by the International Council of Medical Journal Editors):
 - substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data
2. drafting the article and/or revising it critically for important intellectual content

Contributors who do not qualify as authors should be mentioned under a brief “Acknowledgements” section on the Title Page, for example, statisticians who have given advice during the study, or participants.

Author names will not be added to a manuscript after it has been submitted for the first time. After submission, any change to authorship sequence, to the name of the corresponding author or the withdrawal of an author must be agreed upon by all authors. Before any changes to authorship can occur, all authors must send their written and dated agreement to this change. Where there is dispute regarding authorship sequence and no agreement can be reached by all authors, then the manuscript will be rejected.

Where an article is the result of a student’s program of study, the student should be listed as the first author, not one of the research supervisors.

INR publishes details of all authors’ contributions to a manuscript, regardless of the type of manuscript. On the Title Page of the manuscript, give details of authorship using initials of the authors, using the following as an example:

Author contributions:

Study design: ST, JP, RS

Data collection: ST, JP

Data analysis: ST, JP, RS

Study supervision: JP

Manuscript writing: ST, JP, RS, KAP

Critical revisions for important intellectual content: ST, KAP

1.2 Sources of funding

You must specify any sources of funding (institutional, private and corporate financial support) for the work reported in their manuscript. The name of the funding organisation/s and the grant number should be included on the Title Page under the heading ‘Funding’. If there was no funding, the following wording should be used: “This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.” Any suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included if appropriate. This information will be included in the published article.

1.3 Conflict of interest

On the Title Page, under a sub-heading, Conflict of Interest, authors are required to make a statement, disclosing any possible conflict of interest. These can include financial conflicts of interest, e.g. patent ownership, stock ownership, consultancies, and speaker’s fee. All conflict of interest (or information specifying the absence of conflict of interest) will be included in the published article. If the authoring team does not have any conflict of interest, include the following statement: “No conflict of interest has been declared by the author(s).”

1.1 Submissions by editorial team and ICN staff members

Editors of INR, and the team at ICN, are encouraged to publish in the journal. To avoid any conflicts of interest, Editors do not process their own papers. If a member of the editorial team is submitting to INR, then the online ScholarOne system prevents them from viewing any details related to their paper and also prevents the Editor-in-Chief from allocating the paper to them for review, regardless of their place in the authorship of the paper. If the Editor-in-Chief submits a paper then another editor processes it. Editors also do not deal with the review or processing of papers by research collaborators or colleagues in their workplaces, and need to be very mindful of the potential for conflict of interest. All INR editors are expected to exercise discretion, fairness and declare to the editing team any proximity to submitting authors.

1.2 Ethical approvals and ethical description

Research studies will only be published if they have been conducted in full accordance with international ethical principles, such as those contained in the World Medical Association Declaration of Helsinki (2008), and the additional legal and research ethics requirements of the country where the research has been carried out. In the Ethical Considerations section of the manuscript, make a statement giving the full name of the ethical board or committee granting research ethics approval, as well as the approval number, and any other permissions for research such as from a study site. In this section, authors also need to describe how they protected participants in their study and if any ethical issues arose in the study. Research that uses established scales must include written permission from the authors of those scales allowing you to use them in your study. Where scales have been translated or modified for your study, permission for this to occur must be obtained from the scale author(s). Authors are responsible for gaining prior approval from the creators of research instruments/copyright holders for use in their study. Describe how participants were ethically protected during the study. We only publish manuscripts where there is clear indication that the authors gained the understanding and full and written, informed consent of each participant and according to the above-mentioned principles. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used. If the study was exempt from needing ethical approval, the basis of such exemption and the regulatory framework needs to be given in the Ethical Considerations section.

1.3 Referencing

All citations from the literature must be referenced, even if you were the author of an article you are citing. Paraphrasing of cited works is preferred over direct quotations. Where more than 6-7 words in a word string are cited, these need to be enclosed in quotation marks, with the author(s) name(s), year and page number cited.

The majority of literature cited (>50%) should be from within the last 5 years (including the year of submission) in the Background and Discussion sections.

References are cited in the text using author name(s) followed by year of publication, e.g. (Lee 2015).

When there are more than two authors, the first author's name followed by et al. should be used, e.g.

(Andrew et al. 2014). If there is more than one reference per year from an author, distinguish these with a letter, e.g. (Cowin 2015a), (Cowin 2015b). Do not over-reference points discussed. Usually 1-2 references for one point of discussion is enough.

Reference list: a list of all citations must be supplied on a separate page at the end of the manuscript.

References are listed in alphabetical order by first author family names. References must include sufficient information to retrieve source material. When a web page is cited, please provide the date it was last accessed. Look at recently published articles in INR to assist with referencing. Where available you need to include the DOI (digital object identifier), which all reputable online published material should have - see www.doi.org for more information. If an author cites anything which does not have a DOI they

run the risk of the cited material not being traceable.

Remember attention to fine detail is important! Follow these examples of INR referencing style:

Book:

Mason, D.J. (2021) *Policy & Politics in Nursing and Health Care*. E-Book. Elsevier, St Louis.

Journal article:

Sherwood, G. (2019) A global call to action: cultivating a safety mindset.

International Nursing Review 66: 1-3. <https://doi.org/10.1111/inr.12506>

Journal articles or other citations with four authors or fewer should be referenced in the reference list with the names of all the authors listed. Where there are five or more authors in a reference, the article should be listed with the name of the first author, followed by 'et al.' For example:

Labrague, L.J., et al. (2020) Predictors of nurses' turnover intention at one and five years' time.

International Nursing Review 67, 191– 198

Report:

World Health Organization. (2020) *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leaders* hi p. WHO, Geneva. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020> (accessed 6 September 2020).

Webpage:

International Council of Nurses. (2019). *Global voice of nursing heard loud and clear at the World Health Assembly meeting in Geneva*. News 28 May. Available at: <https://www.icn.ch/news/global-voice-of-nursing-heard-loud-and-clear-world-health-assembly-meeting-geneva> (accessed 25 June 2019).

Press Release:

International Council of Nurses. (2020) *ICN says worldwide death toll from COVID-19 among nurses estimated at 100 may be far higher*. ICN News 20 April. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-says-worldwide-death-toll-covid-19-among-nurses-estimated-100-may-be-far-higher> (accessed 29 April 2020).

Translating citations:

Where cited literature is written in another language, the title in the reference list should be translated into English and at the end of the reference list citation, the original language should be given in brackets, for example:

Da Silva, S.M., et al. (2016) Relationship between resilience and burnout: mental and occupational health promotion in nurses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 16, 41–48 (in Portuguese).

1.1 Appeal of decision

If you wish to appeal the decision on your submitted manuscript, email the editorial office (inredoffice@wiley.com) with a detailed explanation as to why you are appealing. You will receive a response from the Editor-in-Chief, whose decision at this time shall be final.

Correspondence to the journal is accepted on the understanding that the contributing author licences the Publisher to publish the letter as part of the journal or separately from it, in the exercise of any subsidiary rights relating to the journal and its contents.

2. What are the word limits for different manuscripts?

All manuscripts must be in English and fit within the Aim and Scope of INR. Quantitative papers must be between 3,000-4,000 words in length, inclusive of the abstract and a reference list with no more than 40 references. Qualitative papers, including mixed methods studies, must be between 4000-5,500 words in length, inclusive of the abstract and reference list and no more than 40 references. Literature Reviews should be between 4000-6000 words including a 250-300 word abstract and reference list, and no more than 55 references. Read below for further information about these.

All other non-empirical manuscripts mentioned in 6.6.3 should be no longer than 4000 words, including the abstract and reference list. These restrictions also apply to revised versions of manuscripts. Short communications are limited to 2000 words, inclusive of abstract and reference list. Look at Section 6 for more information.

1. What are the parts of the manuscript that I/we need to submit?

1.1 Checklist: This must provide details of the reporting guidelines used for a research paper, See Section 3 above.

1.2 Cover Letter to the Editor: This must be signed by the Corresponding Author on behalf of all authors, and must verify that:

- ♦ **all authors have met the criteria for authorship;**
- ♦ **that the manuscript adheres to all Author Guidelines for INR;**
- ♦ **that the manuscript has not been submitted elsewhere and is not currently undergoing review elsewhere.**
- ♦ **that the manuscript has been checked and is certified as using the correct referencing for all cited material; and**
- ♦ **if a research project, that permission to conduct the study has been obtained from a specifically constituted research ethics committee (or institutional review board).**

1.3 Title Page : This must be a separate file and must include a title of no more than 16 words; a running title of no more than

10 words, the type of manuscript (e.g. original research, or experience from the field, the author(s) names in order of publication (put family name in CAPITAL LETTERS), credentials (nursing or other professional qualifications, followed by academic, and then honours), job title, department and institution for each author, as well as their ORCID number; the name, address, telephone, and e-mail for the corresponding author; the source(s) of funding statement; the conflict of interest statement; acknowledgements and authorship contributions, and permissions to use, modify or translate scales in the research process. NOTE: The author name(s) should appear only on the title page, NOT in the abstract or manuscript.

1.4 Abstract for Original Research: Should be between 240-275 words and structured under the following headings: Aim,

Background, Introduction, Methods, including the name of the relevant EQUATOR checklist used to report the study, Results or Findings, Discussion, Conclusion, Implications for nursing, and Implications for Nursing Policy, and/or Health Policy and/or Social Policy. (Choose the appropriate sub-heading for the policy section). The emphasis in the abstract and the body of the manuscript is on policy, and not just the implications for nursing practice and/or health. The abstracts for manuscripts that are not research or

systematic reviews can have alterations to the sub-heading for Methods. **DO NOT** include statistics, references or abbreviations in abstracts.

1.1 Keywords:

Authors will be asked to choose 6-10 keywords on submission. Put the keywords in alphabetical order after the abstract on the written manuscript, including, if appropriate, the countries that are the subject of the article and the research approach of your study. Do not use long phrases in the keywords. When submitting online you will be asked to input keywords from our data base so that reviewers can be found. The keywords you use to enable us to find reviewers might be different to those that you submit in your manuscript file. For these keywords, to increase citations consider using a recognised list of keywords from databases for example: Medline uses Medical Subject Headings (MeSH®); and Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) subject headings. (see <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

1.2 Body of manuscript:

6.6.1 Original research study

All manuscripts must be original and not previously published. The following papers are **NOT** priorities for publication in INR:

- ♦ **Pilot studies**
- ♦ **Studies involving secondary analysis of data**
- ♦ **Concept analyses**
- ♦ **Studies on the translation and psychometric testing of various instruments unless these have international application and clear implications for nursing and policy.**
- ♦ **Narrative reviews**

All research manuscripts must demonstrate scientific rigour and merit. Generally the sections of a research study should be:

Introduction;

Background including the literature review clarifying the problems being researched and justifying their importance;

Aim of study;

Methods which should include sub-sections on Research Design (including brief description of the theoretical framework of the study and justification of design choice); Description of what EQUATOR checklist was followed to report the study; Sample and setting including inclusion and exclusion criteria; Data collection and description of any instruments used, as well as citation of original source where the instruments were validated; Ethical considerations; Data analysis; and if a qualitative or mixed method study, Rigor and Trustworthiness.

Results or Findings;

Discussion section which includes study limitations; International comparisons with similar studies; Conclusion and recommendations; Implications for nursing practice; and Implications for nursing policy, and/or health policy and/or social policy.

The Introduction and Discussion sections should include the global dimensions of the study as well as the national and local dimensions. Recent references in support of research methods should be cited and should be international in scope and discussion, as well as national where applicable. Dates of data collection must be given in the data collection section.

Data should not have been collected more than 4 years ago at the time of submission.

- ♦ **Articles involving statistical methods should state the source of research participants, selection methods, sample size, response rate and main results with confidence intervals and actual P values.**
- ♦ **The Discussion and the Conclusion sections should consider the policy implications of the research and research results, where appropriate for governments, management, education and/or practice. Limitations of the study should be provided in the Discussion section, generally at the start of this section.**

6.6.1 Literature review

- ♦ **We no longer accept narrative reviews for publication. Systematic reviews are preferred and these should address the aim and scope of INR, contain a structured format and be presented in a systematic way using references for the review method, aims, parameters (e.g. inclusion and exclusion criteria for articles, including dates of literature, and when the review was undertaken), databases searched, key words used in searching, a methodological critique of the papers included, the ways in which the findings can be used to influence practice or policy, conclusions and suggestions for further research based on the findings. Literature reviews conducted more than 1 year previously will not be accepted for publication.**
- ♦ **The findings of literature reviews are normally summarized by means of a table, or tables, that demonstrate the key variables being considered. If you have long tables, these should be submitted as supplementary material to be published online only. Publication space is limited in INR, and generally, articles over 10 printed pages are not published.**
- ♦ **Abstracts for literature reviews should follow the above guidelines for empirical research studies.**

6.6.2 Other non-empirical manuscripts

These must fit within the Aim and Scope of INR and can be of the following types:

- ♦ **A policy innovation of international interest**
- ♦ **A description of innovative practice based on ICN or other guidelines;**
- ♦ **An audit of best practice;**
- ♦ **A theoretical critique of an issue related to policy;**
- ♦ **An experience from the field; or**
- ♦ **An opinion piece of international interest.**

These manuscripts are subject to the normal peer review process and should be no more than 4000 words, including references and abstract. Abstracts should be between 240-275 words. Include up to 10 Keywords. An emphasis in all writing must be placed on nurses, nursing and policy. The abstract should include: Aim, Background, Sources of evidence, Discussion, Conclusion, Implications for Nursing Practice; Implications for Nursing Policy and/or Health Policy and/or Social Policy (choose as appropriate). Remember policy and implications for practice are not the same. Please structure your paper using the same headings as for the abstract, followed by the reference list.

6.6.3 Short communication

This consists of a report up to 2000 words in one of the following categories:

- ♦ **Report of significant research which is in progress or part of a larger project. The research should have ethical approval from a duly constituted human research ethics committee. This category does not include pilot research which is not a priority for publication in INR.**

- ♦ **Reports and service innovations that do not aim to be comprehensive or necessarily research-oriented, but which inform our international readership, and which may not require ethical committee approval.**

All reports are subject to the normal peer review process and need to show the context, circumstances, situation, what happened and what needs to be done to address the problem, expressed as up to five key policy messages. A short abstract of up to 140 words is required, up to 5 key words, and up to 10 recent references may be given in the report. Subjects may include single case studies and experiences from the field.

6.6.1 Letter to the Editor

Letters commenting on recently published papers will be considered for publication and the authors of the original paper will be invited to respond. Submissions should be made online in the usual way. Authors should properly reference the paper that is being commented upon and limit their writing to 1000 words.

1. What about the manuscript format and structure?

1.1 Format

**All manuscripts should be double spaced.
No footnotes or appendices are allowed.
No colour highlighting or tracking is to be used in submissions or resubmissions. You can highlight changes using red font only.
Units, Spelling and Measurement: System International (SI) units should be used.
Authors can choose to use either British or USA style English, and only one style should be used throughout the manuscript.**

1.2 Optimizing Your Abstract for Search Engines

Many students and researchers looking for information online will use search engines such as Google Scholar, or similar. By optimizing your article for search engines, you will increase the chance of someone finding it. This in turn will make it more likely to be viewed and/or cited in another work. We have compiled these guidelines to enable you to maximize the web-friendliness of the most public part of your article.

1.3 Tables, Figures and Figure Legends

Do not repeat in any tables that data that has already been presented in detail in the Findings or Results section. Do not include more than 3 tables, figures or illustrations. You can choose to have additional supplementary material such as an appendix published online. This should be clearly marked and indicated to the INRedoffice@wiley.com, as well as in a Cover Letter to the Editor uploaded at submission. Tables: Charts, figures and tables should be on separate pages after the Reference list. Tables containing only essential data should be double-spaced and numbered separately e.g. Table 1, Table 2, and a caption for each should be provided. Only horizontal lines should be used, one above and one below the column headings and one at the table foot. All abbreviations must be defined in a footnote. Figures: All graphs, drawings and photographs are considered figures and should be numbered in sequence with Arabic numerals. Each figure should have a legend and all legends should be typed

together on a separate sheet and numbered correspondingly. If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publisher. All figures and artwork must be provided in electronic format. Please save vector graphics (e.g. line artwork) in Encapsulated Postscript Format (EPS) and bitmap files (e.g. halftones) or clinical or in vitro pictures in Tagged Image Format (TIFF). Further information can be obtained from Wiley-Blackwell's guidelines for illustrations.

Illustrations: These must be professionally prepared, submitted in a form suitable for reproduction, and supplied on separate pages. Avoid using tints if possible, but if they are essential to the understanding of the illustration, use coarse tints. The captions should be typed on a separate page at the end of the manuscript rather than in the text or under the illustrations. All illustrations including photographs should be referred to in the text as figures using Arabic numerals, e.g., Fig. 1, Fig. 2, etc. in order of appearance.

1.1 Preparation of Electronic Figures for Publication:

Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (line art) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of at least 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size. Please submit the data for figures in black and white or submit a Colour Work Agreement Form (see Colour Charges below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible). For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: line art: >600 dpi; halftones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi. Further information can be obtained from Wiley-Blackwell's guidelines for figures and the electronic artwork checklist

Colour Charges: It is the policy of INR to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork. Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Wiley requires you to complete and return a Colour Work Agreement Form before your paper can be published. Once completed, the Colour Work Agreement Form must be posted or couriered to the Production Editor at INR@wiley.com.

1.2 Supporting Information

Publication in electronic formats has created opportunities for adding details or whole sections in the electronic version only. Supporting Information, such as data sets or additional figures or tables, that will not be published in the print edition of the journal but which will be viewable via the online edition, can be submitted. It should be clearly stated at the time of submission that the Supporting Information is intended to be made available through the online edition only.

1.3 Article Preparation Support

Wiley Editing Services offers expert help with English Language Editing, as well as translation, manuscript formatting, figure illustration, figure formatting, and graphical abstract design – so you can submit your manuscript with confidence.

Also, check out our resources for Preparing Your Article for general guidance about writing and preparing your manuscript.

2. How to submit the manuscript?

INR must receive all manuscript submissions electronically using ScholarOne Manuscripts. Please follow the instructions below.

8. How to Submit the Manuscript

8.1 Getting started

1. Launch your web browser and go to INR's ScholarOne Manuscripts homepage (<http://mc.manuscriptcentral.com/inr>).
2. Log-in or click the "Create Account" option if you are a first-time user of Manuscript Central.
3. After clicking on "Create Account", enter your name and e-mail information and click "Next". Your e-mail information is very important. Enter your institution and address information as appropriate, and then click "Next." Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click "Finish".

If you have an account but have forgotten your log in details, go to "Password Help" on the homepage and enter your email address. The system will send you an automatic user ID and password reminder.

8.2 Submitting your manuscript

After you have logged in, enter your Author Centre and click the "Submit a Manuscript" link. Enter data and answer questions as appropriate. Click the "Next" button on each screen to save your work and advance to the next screen. You are required to upload your files. Click on the "Browse" button and locate the file on your computer. Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button. When you have selected all files you wish to upload, click the "Upload Files" button. Review your submission (in both PDF and HTML formats) before sending to the Journal. Click the "Submit" button when you are finished reviewing.

You may suspend a submission at any phase before clicking the "Submit" button and save it to submit later. After submission, you will receive a confirmation e-mail. You can also access ScholarOne Manuscripts at any time to check the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

8.3 Getting help with your submission

Each page of the ScholarOne Manuscripts website has a 'Get Help Now' icon connecting directly to the online support system at <http://mcvsupport.custhelp.com>. Telephone support is available 24 hours a day, 5 days a week through the US ScholarOne Support Office on: 1434 817 2040, ext 167.

If you have difficulties submitting online, please contact the Editorial office by email at INRedoffice@wiley.com. Do not write to the Editor-in-Chief with your submission enquiries.

8.4 Blinded peer review

If the Editorial team has decided your manuscript is of sufficient quality to be sent for review, it will be reviewed by at least two international experts in the field. INR uses double-blinded review. The names of the reviewers are not disclosed to the corresponding author and the name(s) of the author(s) are not disclosed to the reviewers. To allow double-blinded review, please submit your main manuscript and title page as separate files.

8.5 Review period

At INR we try our best to get manuscripts reviewed as quickly as possible but the Editor-in-Chief cannot accept requests for expedited reviews of your work. If you have not received an Editor's decision about your manuscript two months after submission please send an email to the Editorial Office

(INRedoffice@wiley.com). Authors are encouraged to be patient during the review process. Remember reviewers are not paid and undertake this work voluntarily as part of their professional commitment. Most authors receive requests for revisions on their manuscript and it is very rare a manuscript is accepted without revision. Additionally, it is often anumber of months before a manuscript undergoing several revisions might be finally accepted for publication. It is also possible that a manuscript may be rejected following revision if significant improvement is not apparent in the revised version. Students needing to publish before they can graduate should bear this in mind.

8. What happens if the manuscript is accepted?

Upon acceptance of a paper for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the journal online and in hard copy.

8.1 Proof corrections

The corresponding author will receive an e-mail alert containing a link to a website. A working e-mail address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site. Respond to the proof copy enquiries as soon as possible.

Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (Free of charge) from the following website: www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html. This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. If you are going to be absent around the time the proof needs to be checked please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs. Proofs must be returned to the typesetter within three days of receipt. Please note that if you have registered for production tracking e-mail alerts in Author Services, there will be no e-mail for the proof corrections received stage. This will not affect e-mails alerts for any later production stages. As changes to proofs are costly, we ask that you only correct typesetting errors. Excessive changes made by the author in the proofs, excluding typesetting errors, will be charged separately. Other than in exceptional circumstances, all illustrations are retained by the publisher. Please note that the author is responsible for all statements made in their work, including changes made by the copy editor.

8.2 Copyright agreement:

If your manuscript is accepted, the author identified as the formal corresponding author will receive an email prompting them to login into Author Services. They will be asked via Wiley Author Licensing Service (WALS) to complete the license agreement on behalf of all co-authors.

For authors signing the copyright transfer agreement:

If the Open Access option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below: **CTA Terms and Conditions**

http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp

For authors choosing Open Access:

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following

Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author Services http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp and visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright--License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you to comply with Wellcome Trust and Research Council's UK requirements. For more information on this policy and INR's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com/go/fundersstatement>.

8.1 Early View

International Nursing Review is covered by Wiley's Publishing's Early View service. Early View articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. Articles are therefore available as soon as they are ready, rather than having to wait for the next scheduled print issue. Early View articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of Early View articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so Early View articles cannot be cited in the traditional way. They are therefore given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

Prior to acceptance there is no requirement to inform the editorial office that you intend to publish your paper Open Access if you do not wish to. All Open Access articles are treated in the same way as any other article. They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

8.2 Author Material Archive Policy

Please note that unless specifically requested, Wiley will dispose of all hardcopy or electronic material submitted two months after publication. If you require the return of any material submitted, please inform the editorial office or production editor as soon as possible.

8.3 Offprints and extra copies

Free access to the final PDF offprint of your article will be available via Author Services only. Please therefore sign up for Author Services if you would like to access your article PDF offprint and enjoy the many other benefits the service offers.

Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link, fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields:

<http://offprint.cosprinters.com/cos>

8.4 Article Promotion Support

Wiley Editing Services offers professional video, design, and writing services to create shareable video abstracts, infographics, conference posters, lay summaries, and research news stories for your research - so you can help your research get the attention it deserves.

8.5 Author Services

Online production tracking is available for your article through Wiley Author Services. Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. You will need a separate password for Author Services than the one you use for submitting your article. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that

enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

8.1 Author Name Change policy

In cases where authors wish to change their name following publication, Wiley will update and republish the paper and redeliver the updated metadata to indexing services. Our editorial and production teams will use discretion in recognizing that name changes may be of a sensitive and private nature for various reasons including (but not limited to) alignment with gender identity, or as a result of marriage, divorce, or religious conversion. Accordingly, to protect the author's privacy, we will not publish a correction notice to the paper, and we will not notify co-authors of the change. Authors should contact the journal's Editorial Office with their name change request.

Tools

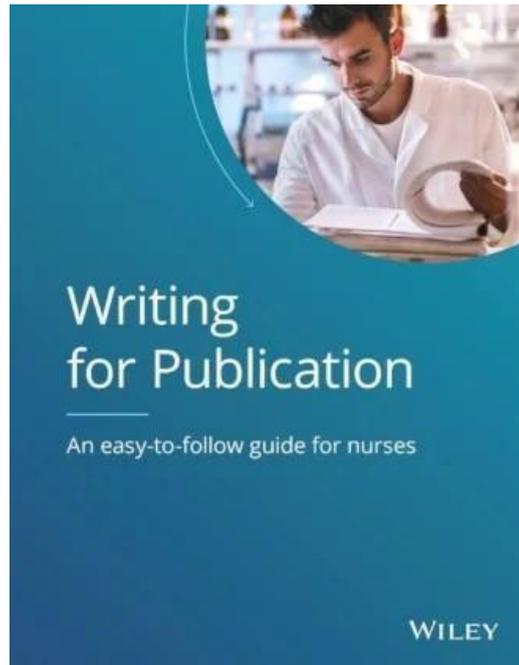
-  [Submit an Article](#)
-  [Get content alerts](#)
-  [Subscribe to this journal](#)

The Official Journal of the International Council of Nurses



More from this journal

- [News](#)
- [Editor's Choice](#)
- [Virtual Issues](#)
- [Writing for Publication guide](#)
- [Resources for Peer Reviews](#)
- [Jobs](#)



About Wiley Online Library

[Privacy Policy](#)

[Terms of Use](#)

[Cookies](#)

[Accessibility](#)

[Help & Support](#)

[Contact Us](#)

[DMCA & Reporting Piracy](#)

[Opportunities](#)

[Subscription Agents](#)

Advertisers & Corporate Partners

Connect with Wiley

The Wiley Network
Wiley Press Room

Copyright © 1999-2021 John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved

WILEY

ANEXO 2 - Normas para publicação - Revista Latino Americana de Enfermagem

13/10/2021 16:54

SciELO - Brasil

| [Open Access](#)

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Publicação de: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo

Área: Ciências Da Saúde

Versão on-line ISSN: 1518-8345

(Atualizado: 14/06/2021)

Sobre o periódico

Informações básicas

A **Revista Latino-Americana de Enfermagem** é órgão oficial de divulgação científica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Centro Colaborador da OPS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem e tem como missão publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde. Caracteriza-se como periódico nacional, de circulação internacional que teve sua primeira edição publicada em janeiro de 1993. A versão impressa (ISSN 0104-1169) foi descontinuada em 2015. Adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*), com todos os artigos publicados nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. A revista é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC e indexada nas mais importantes bases indexadoras nacionais e internacionais.

A abreviatura de seu título é **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências e legendas bibliográficas.

Fontes de indexação

<https://www.scielo.br/journal/rlae/about/#instructions>

1/20

Internacionais:

- MEDLINE e International Nursing Index
- SCOPUS
- CINHALL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
- CAB HEALTH
- CAB ABSTRACTS
- PSYCINFO
- CUIDEN PLUS
- LATINDEX - Índice Latinoamericano de publicações científica seriadas
- LILACS - Literatura Latinoamericana em Ciências da Saúde
- PERIÓDICA - Base de Datos Bibliográfica en Ciencias y Tecnología
- CUIDATGE
- ULRICH'S - International Periodicals Directory
- ESBCOhost
- ISI - Institute for Scientific Information - Web of Science - Web of Knowledge (Thomson Reuters)
- Journal Citation Reports - JCR (Thomson Reuters)
- Science Citation Index Expanded (Thomson Reuters)
- Social Sciences Citation Index (Thomson Reuters)

Nacionais:

- BDENF - Base de Dados em Enfermagem
- EDUBASE
- BVSE – Biblioteca Virtual de Saúde – Enfermagem

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).



- Programa de Apoio às Publicações Científicas periódicas da USP.



Corpo editorial

Conselho de Editores

Editor Científico Chefe

Regina Aparecida Garcia de Lima - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Editor Científico

Evelin Capellani Cárnio - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Editores Associados

Andréa Bernardes - Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão
Preto, SP, Brasil

Lucila Castanheira Nascimento - Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São
Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi - Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São
Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Maria Lúcia Zanetti - Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão
Preto, SP, Brasil

Pedro Fredemir Palha - Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão
Preto, SP, Brasil

Ricardo Alexandre Arcêncio - Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto, SP, Brasil

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues - Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São
Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Sueli Aparecida Frari Galera - Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto, SP, Brasil

Editor Associado Externo

Carlos Romero Morales - Universidad Europea de
Madrid, Espanha

César Calvo Lobo - Universidad Complutense de
Madrid, Espanha

Joseph P. De Santis - University of Miami, Estados
Unidos

Lorena Chaparro Díaz - Universidad Nacional de
Colombia, Colômbia

Margareth Santos Zanchetta - Ryerson University,
Canadá

Suzanne Fredericks - Ryerson University, Canadá

Conselho Diretor

Presidente

Maria Helena Palucci Marziale - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Membros

Regina Aparecida Garcia de Lima - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil
 Evelin Capellani Cárnio - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil
 Rosana Aparecida Spadoti Dantas - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Conselho Editorial

- Aida Maria Cruz Mendes - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Alba Bottura Leite de Barros - Universidade Federal de São Paulo, Brasil
- Anita Molzahn - University of Alberta, Canadá
- Beatrice J. Kalisch - University of Michigan, Estados Unidos
- Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira - Universidade Federal Fluminense, Brasil
- Carmen Gracinda Silvan Scochi - Universidade de São Paulo, Brasil
- Clarice Maria Dall'Agnol - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
- Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz - Universidade de São Paulo, Brasil
- Fabie Duhamel - Université de Montréal, Canadá
- Fiona Bath-Hextal - University of Nottingham, Reino Unido
- Francisco Carlos Félix Lana - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
- Isabel Amélia Costa Mendes - Universidade de São Paulo, Brasil
- Laura Morán Peña - Univ. Nac. Autónoma de México, Mexico
- Lídia Aparecida Rossi - Universidade de São Paulo, Brasil
- Marcia A. Ciol - University of Washington, Estados Unidos
- Margarita Antonia Villar Luis - Universidade de São Paulo, Brasil
- Maria Aparecida Munhos Gaiva - Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil
- Maria Elisa Moreno Fergusson - Universidad de La Sabana, Colômbia

- Maria Gaby Rivero de Gutiérrez - Universidade Federal de São Paulo, Brasil
- Maria José López Montesinos - Universidade de Murcia, Espanha
- Maria Miriam Lima da Nóbrega - Universidade Federal da Paraíba, Brasil
- Miguel Richart-Martínez - Universidad de Alicante, Espanha
- Nora Kearney - University of Surrey, Reino Unido
- Patricia D'Antonio - University of Pennsylvania School of Nursing, Estados Unidos
- Patricia Davidson - Curtin University of Technology, Austrália
- Patsy Yates - Queensland University of Technology, Austrália
- Roberta Cunha Matheus Rodrigues - Universidade de Campinas, Brasil
- Rose Mary Carroll-Johnson - Oncology Nursing Society, Estados Unidos
- Sandra Verónica Valenzuela Suazo - Universidad de Concepción, Chile
- Silvia Helena De Bortoli Cassiani - Organização Panamericana da Saúde, Estados Unidos
- Tereza Cristina Scatena Villa - Universidade de São Paulo, Brasil
- Tracy Heather Herdman - NANDA International, Estados Unidos

Equipe técnica

- Deborah Schmidt Capella Junqueira
- Denise de Paula Hussar Gonçalves
- Vinicius Vargas de Souza Nori

Instruções aos autores

1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde, por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico e de relevância social. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, Revisão e Cartas ao Editor; publica textos científicos divulgados em repositórios *Preprints* nacionais e internacionais, reconhecidos pela comunidade acadêmica.

A informação de que o texto é um *Preprint* deve vir na Carta de Apresentação ao Editor (*Cover Letter, download*), acompanhado do DOI (*Digital Object Identifier*) e do nome do servidor em que se encontra depositado.

A RLAE também publica textos cujos conteúdos (dados, códigos de programa e outros materiais) estejam disponibilizados em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica, estimulando fortemente tal depósito.

Artigos já publicados ou que estejam em avaliação em outro periódico, simultaneamente, não serão aceitos pela RLAE.

A avaliação de todos os textos científicos submetidos à RLAE é a de revisão por pares (*peer review*), preservado o anonimato dos autores e revisores. No artigo publicado é identificado o nome do Editor Associado condutor do processo avaliativo, que é iniciado pela pré-análise, realizada pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovado na pré-análise, o texto científico é enviado ao Editor Associado, que o envia aos consultores. O Editor Científico Chefe, com base nos pareceres emitidos, decide pela aprovação, reformulação ou recusa do texto.

A RLAE segue a política de acesso aberto, do tipo *Gold Open Access* e tem seus artigos disponibilizados para integral acesso, de forma gratuita e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Ao critério do Conselho de Editores, chamadas temáticas podem ser publicadas.

A revista é normalizada seguindo os "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados aos periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>) e adota as recomendações dos códigos de condutas ética em publicação do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

É obrigatório a todos os autores e coautores realizarem a vinculação do seu registro ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*) à sua conta no sistema ScholarOne-RLAE. Além disso, é necessário aos autores informarem o registro ORCID nos seguintes documentos: "Declaração de Responsabilidade, Transferência de Direitos Autorais e Contribuição dos Autores" e "*Title Page*". Não serão aceitos autores sem registro.

Declaração de conflito de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, por ocasião da submissão do seu texto.

Os conceitos emitidos nos textos científicos submetidos à RLAE são de responsabilidade exclusiva dos autores, não ref letindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial.

A revista recebe para apreciação apenas textos científicos cuja coleta de dados tenha sido realizada há menos de três anos. A RLAE não aceita a submissão de manuscritos multipartes e/ou

resultados parciais de uma mesma pesquisa, o que deve ser declarado, pelos autores, na Carta de Apresentação (*Cover Letter, download*).

Ferramentas para a detecção de similaridade de textos são utilizadas no processo de editoração.

Prioridade de publicação: prioriza-se a publicação de artigos resultantes de pesquisa que:

- Mostre o avanço de conhecimento científico.
- Contribua para o avanço da prática clínica e/ou ensino e/ou desenvolvimento de políticas públicas de saúde e/ou futuras pesquisas.
- Tenha alta qualidade científica, com método e análise apropriada para responder à questão de pesquisa.
- Mostre rigor, originalidade e criatividade na apresentação dos resultados.
- Apresente relevância e interesse global.
- Siga os guias recomendáveis para reportar os diferentes tipos de estudos.

2. Instruções gerais

2.1. Autoria

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo segundo os critérios de autoria das deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, determinando que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3) Aprovação final da versão a ser publicada; 4) Responsabilidade por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração (*download*) assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para a RLAE, no ato de submissão do texto.

O número de autores é limitado a seis e, excepcionalmente, será examinada a possibilidade de inclusão de outros autores, considerando as justificativas apresentadas por eles. A inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados não é justificativa, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos, que inclui instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem autores.

Os textos científicos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico *ScholarOne* (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>), em português ou inglês ou espanhol.

Devem ser submetidos acompanhados de cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ou de Animais de acordo com o tipo de pesquisa. Para estudo do tipo Ensaio Clínico, a RLAE segue as recomendações do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) de Registro de Ensaios Clínicos, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e exige a apresentação do número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos, em etapa anterior à realização de coleta de dados do estudo, de uma das entidades descritas na sequência:

- *Australian New Zealand Clinical Trials Registry*(ANZCTR);
- *ClinicalTrials.gov*;
- *International Standard Randomised Controlled Trial Number* (ISRCTN);
- *Nederlands Trial Register* (NTR);
- *UMIN Clinical Trials Registry* (UMIN-CTR);
- *WHO International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP);
- *Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos* (ReBEC).

2.2. Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte institucional ou privado, para a realização do estudo. No caso daqueles realizados sem recursos financeiros, devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização. Os autores devem inserir na Carta de Apresentação (*Cover Letter*, disponível aqui) a declaração de ciência de que o texto científico, após submetido, não poderá ter nem a ordem e nem o número de autores alterados, sem prévias justificativa e informação à RLAE.

2.3. Cadastro do autor responsável

Nome(s) e sobrenome(s): o autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro do ORCID.

Correspondência: deve constar o nome e endereço completo para correspondência.

Instituição: podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação, por exemplo, "Universidade, Faculdade e Departamento". Essa informação deverá constar de forma idêntica também na *Title Page* (download). Exemplo: *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil*.

2.4. Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais do texto submetido à RLAE, por meio da Declaração de Responsabilidade e transferência de direitos autorais, assinada por todos os autores (download) Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Essa licença permite a distribuição, remixagem, adaptação e criação a partir do seu artigo, inclusive para fins comerciais, desde que atribuído o devido crédito pela criação original ao autor e créditos de publicação à RLAE. A Licença *Creative Commons* é recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

2.1. Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais: contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados e as pesquisas de abordagem metodológica qualitativa. São também considerados artigos originais as análises de teorias ou métodos que fundamentam a Ciência da Enfermagem ou de áreas afins.

Artigos de revisão: estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos, incluem-se: metanálise, metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão sistemática, revisão integrativa, entre outros.

Cartas ao Editor: incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista (até os últimos três anos) ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

2.2. Destaques (*Highlights*)

São pontos que transmitem as principais conclusões do estudo; são obrigatórios para a publicação do artigo na RLAE e consistem em uma pequena coleção de aspectos que indicam as principais contribuições do texto submetido. Devem ser encaminhados em um arquivo editável e separado no sistema de submissão *on-line*. Use 'Destaques' (ou '*Highlights*') no nome do arquivo e inclua de 3 a 5 desses aspectos. Cada um deve ter, no máximo, 85 caracteres, incluindo os espaços.

2.3. Processo de submissão

O texto científico submetido à RLAE, após aprovação na pré-análise realizada pelo Editor Científico Chefe, será avaliado pela secretaria da revista, com base nas normas contidas nas instruções aos autores (<http://rlae.eerp.usp.br/section/6/para-autores>). Nessa etapa, os ajustes ao texto solicitados pela secretaria para os autores serão encaminhados, no máximo, por três vezes. Superado esse limite, o processo de submissão será encerrado.

2.1. Processo de julgamento

Os estudos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação serão enviados à pré-análise pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovados na pré-análise, e em conformidade com as normas, os textos serão enviados ao Editor Associado, para a seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realizará a recomendação para o Editor Científico Chefe, que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa dos textos, com base nas avaliações realizadas pelos consultores e pelo Editor Associado.

2.2. Custos de publicação

2.9.1. Taxa de processamento

A submissão do texto à RLAE não representa custo para os autores. Caso o texto seja aprovado na fase de pré-análise, os autores deverão pagar a taxa de processamento para prosseguir no processo de avaliação por pares. O comprovante de pagamento deverá ser anexado e encaminhado via sistema *ScholarOne*, em formato PDF, com data de pagamento atual e informações legíveis.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Dados bancários: Banco: Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 0028-0

Conta Corrente: 130.151-9

Mais informações sobre a taxa de processamento poderão ser obtidas em: <http://rlae.eerp.usp.br/section/7/taxa-de-processamento-e-br-traducoes>

2.9.2 Custos com revisão e traduções

Os autores deverão se responsabilizar pelos custos da revisão gramatical do artigo em seu idioma de submissão e das traduções para os demais idiomas de publicação indicados pela revista, conforme orientações a seguir:

2.9.2.1 Revisão gramatical

A revisão gramatical é solicitada aos autores antes da aprovação final do artigo e deve ser realizada por empresa credenciada pela Revista. O custo da revisão é de responsabilidade dos autores. É obrigatório o envio, junto ao texto revisado, da certificação emitida pela empresa credenciada. Este certificado deve ser anexado ao sistema *ScholarOne*, em campo específico (*Proofreading certificate*).

É obrigatória a conferência do texto, feita pelos autores, antes do envio da versão revisada à Revista. Se houver inadequações, será permitida apenas uma oportunidade para correção.

2.9.2.2. Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação final do texto científico, o qual deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele da submissão. Para garantir a qualidade das traduções, somente serão aceitas aquelas acompanhadas do(s) certificado(s) de tradução emitido(s) por uma das empresas credenciadas pela RLAE.

Exige-se dos autores que confiram cuidadosamente as versões de seu artigo antes de encaminharem-nas à RLAE para publicação, especificando em uma declaração que fizeram tal conferência e não encontraram divergências entre elas (incluindo-se palavras faltantes, ausência de parágrafos, idiomas misturados nas traduções, entre outros).

Mais informações sobre os custos de revisão e traduções, acesse: <http://rlae.eerp.usp.br/section/7/taxa-de-processamento-e-br-traducoes>

1. Preparação do texto científico (manuscrito)

3.1. Guias para apresentação do texto

Para melhorar a qualidade e a transparência das investigações em saúde, os textos devem seguir as orientações dos guias da Rede Equator (<https://www.equator-network.org/>), conforme o tipo de estudo:

- Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0 - *checklist*);
- Para ensaio clínico randomizado, utilizar o guia CONSORT (*checklist* e fluxograma);
- Para as revisões sistemáticas e de metanálise, utilizar o guia PRISMA (*checklist* e fluxograma);
- Para os demais tipos de revisão (metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão integrativa, entre outros), utilizar as extensões do guia PRISMA, disponíveis em <http://www.prisma-statement.org/Extensions/>;
- Para estudos observacionais em epidemiologia, consultar o guia STROBE (*checklist*);
- Para estudos qualitativos, recomenda-se o guia COREQ (*checklist*).

Observação: em relação ao Guia CONSORT, informa-se que é obrigatório o registro prospectivo dos ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 2.1.

3.2. Estrutura

O texto deve conter a seguinte estrutura: título, resumo, descritores em português, *descriptors* em inglês, *descriptores* em espanhol, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Os nomes das seções Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências deverão ser apresentados em negrito, com caixa alta somente na primeira letra (Exemplo: Resultados).

Os agradecimentos deverão constar apenas na Title Page (download).

3.1. Formatação

Os Artigos Originais e de Revisão deverão conter até 5000 palavras; as Cartas ao Editor até 500 palavras e no máximo cinco referências. Na contagem das palavras, não serão considerados o resumo, as tabelas, as figuras e as referências.

O texto científico deverá ser enviado de acordo com as seguintes instruções:

- Arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word).
- Tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,27" x 11,7"), com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1").
- Fonte *Times New Roman* tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).
- Espaçamento duplo entre as linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas, que devem ter espaçamento simples.
- Para destacar termos no texto, utilizar itálico.

Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta ou marcadores do Microsoft Word.

3.2. Título

O título deve ser conciso e informativo, no idioma em que o texto científico for submetido, com até 15 palavras e em negrito. A utilização de caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa não será permitida.

3.3. Resumo

O resumo deve ser estruturado em: Objetivo, Método, Resultados e Conclusão. Deverá ser redigido em parágrafo único, com até 200 palavras, no idioma em que o texto for submetido, em espaçamento duplo entre as linhas e com a fonte *Times New Roman* tamanho 12. Citações de autores, local e ano da coleta de dados e siglas, não devem ser apresentadas. O Objetivo deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O Método deve conter o tipo de estudo, amostra, variáveis, instrumentos utilizados na pesquisa e o tipo de análise. Os Resultados devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. A Conclusão deve responder estritamente ao objetivo, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas do estudo e as suas principais contribuições para o avanço do conhecimento científico.

Os Ensaio Clínico devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. O número desse registro não será computado no número de palavras do resumo.

3.4. Descritores

Os descritores em português, inglês e espanhol deverão ser selecionados da lista do *Medical Subject Headings* (MeSH) ou vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Devem ser incluídos seis descritores, separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em caixa alta, exceto artigos e preposições.

3.1. Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas (dos últimos três anos) e de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses do estudo, quando aplicável, e o objetivo no final dessa seção. O objetivo deve ser idêntico no resumo e ao final da introdução.

As siglas deverão ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecerem no texto e acompanhadas de sua abreviatura.

3.2. Método

Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou delineamento do estudo; Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país); Período; População; Critérios de seleção; Definição da amostra, se for o caso, ou Participantes; Variáveis do estudo; Instrumentos utilizados para a coleta das informações; Coleta de dados; Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos. Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito. Os estudos de abordagem qualitativa devem explicitar o referencial ou quadro conceitual no corpo do texto científico.

3.3. Resultados

Descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações, comentários ou comparações. O texto não deverá repetir o que está descrito nas tabelas e nas figuras.

3.4. Discussão

Deve se restringir aos resultados obtidos e alcançados. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais. Apresentar, ao final deste tópico, as limitações do estudo e as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem.

3.5. Conclusão

Responder aos objetivos do estudo, de forma clara, direta e objetiva, restringindo-se aos dados encontrados, sem a citação de referências.

1. Tabelas e Figuras

O texto científico deve conter, no máximo, cinco tabelas e/ou figuras.

As tabelas devem conter título informativo, claro e completo, localizado acima do seu conteúdo, indicando o que se pretende mostrar. O título deve conter as informações: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, sigla do estado, país) e ano da coleta de dados. O ponto final após a descrição do título da tabela não deve ser incluído. O “n” deverá ser incluído logo após os participantes do estudo.

4.1. Formatação das tabelas

As tabelas deverão ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, em fonte *Times New Roman* tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas. Os dados deverão ser separados por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja em uma célula. As tabelas não devem conter células vazias e cada coluna deve ser identificada. Os traços internos deverão ser inseridos somente abaixo e acima do cabeçalho e na última linha das tabelas.

4.2. Menção e inserção das tabelas no texto

Todas as tabelas e figuras deverão ser mencionadas no texto científico e inseridas logo após a sua primeira menção. Exemplo: “...conforme a Tabela 1...”.

4.3. Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários

O cabeçalho deverá estar em negrito. A fonte de informação para dados secundários deverá ser mencionada em nota de rodapé, nas próprias tabelas.

4.4. Notas de rodapé das tabelas

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

4.5. Siglas

A utilização de siglas deve ser restrita ao mínimo necessário. As siglas presentes nas tabelas e/ou figuras deverão ser apresentadas por extenso em nota de rodapé das, utilizando os símbolos sequenciais: *, †, ‡, §, || e ¶, sem a utilização de ponto final.

Exemplo: *GC = Grupo controle; †GI = Grupo intervenção

Os símbolos sequenciais devem ser reiniciados para cada tabela e/ou figura, sendo apresentados desde o título/cabeçalho, corpo da tabela/figura e nota de rodapé, em sistema de leitura zigzag (da esquerda para a direita, de cima para baixo).

Quando houver necessidade de utilizar mais de seis indicações na mesma tabela e/ou figura, símbolos sequenciais duplicados deverão ser utilizados após os seis símbolos iniciais. Se houver necessidade de utilizar mais símbolos, obedecer à mesma lógica, ou seja, utilizar

símbolos triplicados, quadruplicados, etc., conforme exemplo a seguir: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶, ***, †††, ‡‡‡, §§§, |||||, ...

4.1. Valores monetários

Deverão ser apresentados em dólares dos Estados Unidos (USD) ou em salários mínimos no país da pesquisa na época da coleta de dados.

Se apresentados em dólares (USD), a cotação do dólar e a data da cotação devem ser informadas em nota de rodapé.

Exemplo: *Cotação do Dólar EUA = R\$ 4,6693, em 10/03/2020

Se apresentados em salários mínimos, o valor, ano e país da pesquisa referentes ao salário mínimo devem ser informados em nota de rodapé.

Exemplo: *Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020

4.2. Formatação não permitida

Quebras de linhas utilizando a tecla *ENTER*, recuos utilizando a tecla *TAB*, espaços para separar os dados, caixa alta, sublinhado, marcadores do Microsoft Word, cores nas células e tabelas com mais de uma página não serão permitidos. As tabelas de apenas uma ou duas linhas deverão ser convertidas em texto.

1. Figuras

São consideradas figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Todos estes itens devem ser denominados apenas como “figura” no texto científico (Exemplo: Figura 1, Figura 2, etc.).

O título da figura deve estar localizado logo abaixo da mesma. Se houver nota de rodapé, o título virá imediatamente abaixo.

As figuras devem estar em alta resolução, com um mínimo de 900 DPI (*Dots Per Inch* ou Pontos por Polegada, em português), sendo, sempre que possível, editáveis.

5.1. Figuras: Quadros

Os quadros deverão conter dados textuais e não numéricos, serem fechados nas laterais e com linhas internas. Quadros, quando construídos com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, poderão ter o tamanho máximo de uma página e não, somente, 16x10 cm como as demais figuras. A inserção de quadros, quando extraídos de outras publicações, exige a indicação da fonte em nota de rodapé.

5.2. Figuras: Gráficos

Os gráficos deverão estar legíveis e nítidos, com o tamanho máximo de 16x10 cm. Se optar por utilizar cores, elas devem ser de tons claros. Vários gráficos em uma única figura somente serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

5.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas

Os desenhos, esquemas e fluxogramas deverão ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Eles deverão ser de fácil compreensão, legíveis, nítidos e no tamanho máximo de 16x10 cm. Desenhos, esquemas e fluxogramas inseridos, quando extraídos de outras publicações, exigem a indicação da fonte em nota de rodapé da figura.

5.4. Figuras: Fotos

As fotos deverão estar nítidas, em alta resolução e de tamanho máximo de 16x10 cm. Caso contenham imagens de pessoas deverão ser tratadas, para que não haja possibilidades de identificação das que foram retratadas.

5.5. Notas de rodapé das figuras

As notas de rodapé das figuras devem ser restritas ao mínimo necessário; deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé.

1. Depoimentos de participantes dos estudos

Os depoimentos devem ser apresentados em itálico, na fonte *Times New Roman* tamanho 10, sem aspas e na sequência do texto. É obrigatória a identificação por código de cada depoimento citado no manuscrito, entre parênteses, sem itálico e ao final do depoimento.

1. Notas de rodapé no texto

As notas de rodapé deverão ser indicadas pelo sinal gráfico asterisco, iniciadas a cada página e restritas a um máximo de três por página.

Utilizar a sequência *, **, ***.

2. Formatação das citações

8.1. Citações de referências no texto

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula. Ex.: ^(1-2,4).

Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve existir espaço. Exemplo: ... Cãndida albicans^(3-6,16,21).

A indicação da página consultada da referência citada no artigo não deve ser mencionada.

8.2. Citações de referências "ipsis literes"

Essas citações deverão ser apresentadas entre aspas, sem itálico, com fonte *Times New Roman* tamanho 12 e na sequência do texto.

3. Referências

A RLAE adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Inexiste limite máximo do número de referências, desde que pertinentes ao texto e com *link* de acesso para sua averiguação. Os autores devem seguir a proporcionalidade de, no mínimo, 80% de artigos de periódicos indexados em bases de dados internacionais e dos últimos três anos. Os links para a averiguação devem estar com datas de acesso atualizadas.

As referências citadas deverão estar no idioma inglês sempre que disponível. O DOI (*Digital Object Identifier*) ou o *link* de acesso devem ser inseridos ao final de todas as referências citadas no artigo.

Para se ter exemplos de como citar artigos publicados na RLAE, recomenda-se a consulta ao *site* <http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-da-rlae>.

1. Modelo de Carta de Apresentação (Cover Letter)

Carta de Apresentação (Cover Letter)

Cidade, dia, mês e ano.

Prezado(a) Editor(a) da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)

[Informar como os achados e as conclusões do texto científico contribuem para o avanço do conhecimento para a área de saúde e enfermagem]

[Informar a(s) inovação(ões) do estudo]

Assim, submetemos à sua apreciação o texto científico intitulado “[título do texto]”, o qual se adequa às áreas de interesse da RLAE. A revista foi escolhida por [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do texto científico].

Somente se aplicável: O texto é um *Preprint*, encontra-se publicado no repositório (nome do repositório/servidor), com o DOI (*Digital Object Identifier*) (número).

Todos os autores declaram ter ciência de que o estudo, após submetido, não poderá ter a ordem nem o número de autores alterados, sem informação e justificativa prévias à RLAE e ainda, que contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e em sua redação, bem como aprovaram o seu conteúdo antes de sua submissão.

Os autores certificam que o presente texto científico não se caracteriza como multipartes e/ou resultados parciais de um mesmo estudo e representa uma pesquisa original.

Os autores declaram, ainda, não haver conflitos de interesse em relação ao presente texto científico (Se houver conflito, os mesmos devem especificar quais são).

Nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

Observação: seguir o procedimento anterior (inserir nome completo, assinatura e número do registro ORCID) para todos os autores do texto.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo

Av. Bandeirantes, 3900, 14040-902 Ribeirão Preto SP Brazil, Tel.: +55 (16) 3315-3451 / 3315-4407 - Ribeirão Preto - SP - Brazil

E-mail: rlae@eerp.usp.br

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 – 9º andar – Vila Clementino 04037-003 São Paulo/SP - Brasil

E-mail: scielo@scielo.org



Leia a Declaração de Acesso Aberto



APÊNDICE

APÊNDICE A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Estratégias para redução das taxas de cesáreas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia: análise de séries temporais interrompida, barreiras e facilitadores para implementação de evidências científicas relacionadas ao parto e pós-parto

Pesquisador: Helena Borges Martins da Silva Paro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47203215.5.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.462.012

Apresentação do Projeto:

Foi encaminhada uma emenda ao projeto original com informações sobre os motivos que levaram ao atraso no cumprimento do cronograma original e a justificativa para a inclusão de novos locais de realização do estudo.

Os grupos focais com gestantes passarão a ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde da Família Jardim Célia I, Jardim Célia II e Alvorada do município de Uberlândia-MG e não no Ambulatório do HC-UFU. De acordo com os pesquisadores essas UBSFs referenciam gestantes para o HCU/UFU no momento do parto e atendem a uma grande demanda de gestantes/ano para a realização do pré-natal. As unidades serão selecionadas aleatoriamente para inclusão na pesquisa visto que já realizam grupos mensais com as gestantes para orientação quanto à gestação, parto e puerpério.

Critérios de INCLUSÃO para os grupos focais de gestantes: mulheres que realizam pré-natal nas UBSFs maiores de 18 anos de idade, com participação mínima de duas rodas de conversa com vistas a aprofundar o tema, agendadas conforme calendário prévio estabelecido pelos pesquisadores juntamente com os coordenadores das UBSFs e divulgado às gestantes.

Critérios de EXCLUSÃO para os grupos focais de gestantes: gestantes que revogarem seu consentimento para participação na pesquisa.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.462.012

Justificativa para a mudança de local para realização dos grupos focais de gestantes = demanda insuficiente de gestantes atendidas no Ambulatório do HC-UFU; grande parte das gestantes atendidas nestas UBSFs são referenciadas para o HC-UFU, daí a opção por realizar os grupos nestas Unidades.

Foi excluído o TCLE para gestantes original e foi anexado um novo TCLE descrevendo que os grupos focais com gestantes serão realizados Unidades Básicas de Saúde da Família Jardim Célia I, Jardim Célia II e Alvorada do município de Uberlândia-MG.

Foi incluído um TCLE para as gestantes dessas UBS que participarão dos grupos focais.

Novos membros ingressaram na equipe de pesquisa e assinaram o Termo de Compromisso da Equipe Executora.

Foi apresentado novo cronograma de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto emendado:

RIMÁRIOS: Avaliar a eficácia de uma proposta multifacetada para a redução das taxas de cesárea e melhoria da qualidade do cuidado durante o parto e pós-parto das gestantes do HCU/UFU; Explorar os fatores facilitadores, principais barreiras e estratégias para a implementação das evidências científicas relacionadas à decisão sobre a via de parto, ao parto e pós-parto, na perspectiva dos profissionais de saúde do HCU/UFU e das gestantes atendidas nas UBSFs que posteriormente serão referenciadas para o HCU/UFU no momento do parto.

SECUNDÁRIOS: Avaliar a taxa de cesárea em gestantes do HCU/UFU no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019; Avaliar a taxa de eventos adversos relacionados à qualidade do cuidado de gestantes do HCU/UFU no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019 (maternos: morte materna, ruptura uterina, internação materna em UTI, retorno ao centro obstétrico, transfusão sanguínea, laceração perineal de terceiro/quarto grau; fetais/neonatais: morte fetal intraparto/neonatal acima de 2.500g, tocotraumatismo, internação de recém-nascidos acima de 2.500g em UTI neonatal por mais de 24h, índice de APGAR menor do que 7 em 5 minutos); Avaliar os indicadores de qualidade do cuidado à saúde materna (estrutura, processo, resultado e equilíbrio) relacionados ao parto e ao pós-parto; Avaliar questões familiares/culturais, físicas, emocionais e institucionais que influenciam a decisão pelo tipo de parto das gestantes participantes da pesquisa.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 2.462.012

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

RISCOS: Não haverá qualquer tipo de gasto ou ganho financeiro ou risco biológico para os participantes da pesquisa. Existe um risco mínimo de desconforto psicológico na exposição das opiniões e ideias dos participantes durante as discussões dos grupos focais. No entanto, os pesquisadores comprometem-se em manter o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados da pesquisa. Se o participante assim desejar, os pesquisadores responsabilizam-se por encaminhar possíveis demandas ao Setor de Atendimento ao Servidor e de Psicologia da Saúde da instituição. Não haverá identificação das participantes. As conversas serão gravadas e as gravações serão apagadas após a transcrição. Os resultados serão apresentados em conjunto, sem apresentação de dados individuais.

BENEFÍCIOS: A implementação de estratégias para redução das taxas de cesárea pautada na observação dos fatores facilitadores e barreiras organizacionais, ambientais, sociais e emocionais no contexto do HC/UFU proporcionará uma melhoria sustentável do cuidado à saúde de gestantes e recém-nascidos de Uberlândia e região.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O relatório final deveria ter sido entregue em setembro/2017. Na emenda proposta, os pesquisadores explicam os eventos que dificultaram o cumprimento do cronograma original e as alterações de cronograma que foram necessárias, tendo sido o projeto estendido até fevereiro/2019 (análise parcial de dados) e setembro 2020 (análise final).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados, incluindo TCLE para as gestantes das UBSF; Declaração de Instituição Coparticipante assinada pela Coordenadora da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da PMU; Termo de Compromisso da Equipe Executora assinado pelos novos membros.

Recomendações:

Como o TCLE está em duas páginas, devem inserir local para assinatura (rubrica dos pesquisadores e do participante) no rodapé da primeira página.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto tem relevância acadêmica e social.

Continuação do Parecer: 2.462.012

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: dezembro de 2018.

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: dezembro de 2019.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: dezembro de 2020.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso

Continuação do Parecer: 2.462.012

normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_906050_E1.pdf	10/11/2017 15:31:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Emenda_Projeto_CEP_PPA_2017.docx	10/11/2017 15:12:38	Barbara Dias Rezende	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Compromisso_Fase2_PPA.pdf	10/11/2017 15:05:39	Barbara Dias Rezende	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_da_Equipe_Executora_Novos_Pesquisadores.pdf	10/11/2017 15:04:47	Barbara Dias Rezende	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Emenda_Declaracao_Instituicao_Coparticipante_UBSFs.pdf	10/11/2017 15:03:12	Barbara Dias Rezende	Aceito
Outros	Emenda_Justificativa_PPA_2017.docx	10/11/2017 14:58:28	Barbara Dias Rezende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Emenda_AnexoC2TCLEgestantes.docx	10/11/2017 14:42:40	Barbara Dias Rezende	Aceito
Outros	PendenciasPPA.docx	02/10/2015 22:39:12	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPv2.docx	02/10/2015 22:30:10	Helena Borges Martins da Silva Paro	Aceito
Outros	Anexo E - PPA_Formulário Coleta de Dados_v13 UFU.pdf	15/07/2015 12:58:20		Aceito
Outros	Anexo F - PPA_Pesquisa de satisfação UFU.pdf	14/07/2015 23:37:44		Aceito



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.462.012

Outros	Anexo D - PPA Formulário estratificação risco.pdf	14/07/2015 23:36:42		Aceito
Outros	Anexo B - Pacote de mudanças PPA.pdf	14/07/2015 23:35:58		Aceito
Outros	Anexo A - Contrato PPA.pdf	14/07/2015 23:35:25		Aceito
Outros	Lattes pesquisadores.docx	14/07/2015 23:33:25		Aceito
Outros	Solicitacão autorizacão HC.pdf	14/07/2015 23:24:51		Aceito
Outros	Declaracão HC.pdf	14/07/2015 23:23:47		Aceito
Outros	Termo compromisso (1).pdf	14/07/2015 23:23:14		Aceito
Folha de Rosto	Folha rosto PPA.pdf	14/07/2015 21:56:21		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 08 de Janeiro de 2018

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

APÊNDICE B - Autorização da Prefeitura de Uberlândia



DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUECIAM GESTANTES NA DECISÃO DO TIPO DE PARTO” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os(as) pesquisadores(as) **Ms. Bárbara Dias Rezende Gontijo, Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas** realizarem a etapa de realização de grupos focais e rodas de conversa com gestantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família Jardim Célia I, Jardim Célia II e Alvorada da Prefeitura Municipal de Uberlândia utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elisa TR', is positioned above the printed name of the official.

Elisa Toffoli Ribeiro

Coordenadora da Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde – PMU

Elisa Toffoli Rodrigues
Médica - CRM-MG 53729
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

Uberlândia 21, 11, 16

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das gestantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A GESTANTE ***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Convite à participação do estudo: “Estratégias para redução das taxas de cesáreas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia: análise de séries temporais interrompida, barreiras e facilitadores para implementação de evidências científicas”

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que avaliará os fatores facilitadores, principais barreiras e estratégias para a implementação das evidências científicas relacionadas ao parto e à decisão sobre o tipo de parto, na visão dos profissionais de saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU) e das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) do Setor Leste (Aclimação, Alvorada, Custódio Pereira, Dom Almir, Ipanema, Joana Darc, Morumbi, Tenda do Moreno), Setor Central (Bom Jesus) e Setor Norte (Jardim Brasília, Jardim Brasília II, Minas Gerais, São José, Nossa Senhora das Graças e Santa Rosa).

Você está sendo convidada para esta pesquisa por participar das rodas de conversa do Pré-Natal das UBSFs do Setor Leste (Aclimação, Alvorada, Custódio Pereira, Dom Almir, Ipanema, Joana Darc, Morumbi, Tenda do Moreno), Setor Central (Bom Jesus) e Setor Norte (Jardim Brasília, Jardim Brasília II, Minas Gerais, São José, Nossa Senhora das Graças e Santa Rosa), localizadas no município de Uberlândia-MG. Sua contribuição neste estudo consiste em participar de um debate em grupo, com a presença de mais cinco a 12 gestantes, um moderador-pesquisador, responsável por coordenar e estimular o debate entre as participantes, um relator-pesquisador e um observador-pesquisador, responsáveis por anotar as falas do debate e um operador de gravação, responsável pela gravação integral do debate, em gravador de voz comum. As perguntas do debate dizem respeito aos seus conhecimentos, crenças, preferências e sentimentos relacionados à decisão sobre o tipo de parto mais adequado para você. Após a transcrição das gravações para a pesquisa, as mesmas serão desgravadas.

Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa. Apesar de não haver riscos financeiros ou biológicos envolvidos nessa pesquisa, existe um risco mínimo de desconforto psicológico na

exposição de suas opiniões e ideias durante o debate. No entanto, os pesquisadores comprometem-se em manter o sigilo das informações obtidas nesse estudo, bem como o sigilo sobre sua participação quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como um retrato do grupo e não de uma pessoa. Se você assim desejar, os pesquisadores responsabilizam-se por encaminhar possíveis demandas psicológicas ao Setor de Psicologia da Saúde do HCU-UFU.

A implementação de estratégias para redução das taxas de cesárea pautada na observação dos fatores facilitadores e barreiras organizacionais, ambientais, sociais e emocionais no contexto do município de Uberlândia proporcionará uma melhoria sustentável do cuidado à saúde de gestantes da região.

Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal ou coação, se essa for sua decisão.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Profª Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro: Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia/Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Avenida Pará, 1720 - Bloco 2H – Campus Umuarama - Uberlândia-MG– CEP: 38.400-902 - CP: 592 – Telefones: (34) 32258622 / (34) 32258632.

Profª. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas: Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina – Curso de Enfermagem – Avenida Pará, 1720 - Bloco 2H – Campus Umuarama - Uberlândia-MG– CEP: 38.400-902 - CP: 592 – Telefone: (34) 32258608 / (34) 32258603.

Pesquisadora Ms. Bárbara Dias Rezende Gontijo: Universidade Federal de Uberlândia – Escola Técnica de Saúde – Curso Técnico de Enfermagem – Avenida Pará, 1720 - Bloco 4K – Sala 137 – Campus Umuarama - Uberlândia- MG– CEP: 38.400-902 - CP: 592 – Telefone: (34) 32258456.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: (34) 3239-4131.

Uberlândia, de..... de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE D - Questionário sociodemográfico e obstétrico



ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GESTANTES

Código do questionário:

O Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, com a cooperação da Prefeitura Municipal de Uberlândia, está realizando uma pesquisa denominada “Análise dos fatores que influenciam gestantes na decisão do tipo de parto”, no intuito de identificar os fatores que influenciam a decisão das gestantes quanto ao tipo de parto. O questionário permitirá construir uma Base de Dados contendo as informações mais importantes do perfil das unidades e dos profissionais, além dos dados relacionados às escolhas das gestantes.

Muito obrigada!

DADOS PESSOAIS

1) Qual a sua idade: _____

2) Qual seu estado civil?

(1) Casada (2) Solteira (3) Amasiada

3) Qual sua Escolaridade?

(1) Ensino Fundamental Completo (2) Ensino Fundamental Incompleto (3) Ensino Médio Completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Curso Técnico Completo (6) Curso Técnico Incompleto (7) Graduação Completa (8) Graduação Incompleta (9) Especialização Completa (10) Especialização Incompleta (11) Mestrado Completo (12) Mestrado Incompleto (13) Doutorado Completo (14) Doutorado Incompleto.

4) Qual sua Profissão? _____

5) Atualmente, trabalha?

(1) Sim (2) Não/ Se sim, qual função de sempenha? _____

6) Qual a sua cor?

(1) Branco (2) Preto (3) Pardo (4) Indígena (5) Amarelo (oriental)

DADOS OBSTÉTRICOS

7) Quantas gestações anteriores você já teve?

(1) nenhuma gestação anterior (2) 1 gestação anterior (3) 2 gestações anteriores (4) 3 gestações anteriores (5) 4 gestações anteriores (6) 5 gestações anteriores (7) 6 gestações anteriores (8) 7 ou mais gestações anteriores

8) Quantos partos você já teve? Qual o tipo de parto? (você poderá marcar mais de uma opção).

(1) nenhum parto normal anterior (2) 1 parto normal anterior (3) 2 partos normais anteriores (4) 3 partos normais anteriores (5) 4 partos normais anteriores (6) 5 partos normais anteriores (7) 6 partos normais anteriores (8) 7 ou mais partos normais anteriores

(1) nenhum parto cesáreo anterior (2) 1 parto cesáreo anterior (3) 2 partos cesáreos anteriores (4) 3 partos cesáreos anteriores (5) 4 partos cesáreos anteriores (6) 5 partos cesáreos anteriores (7) 6 partos cesáreos anteriores (8) 7 ou mais partos cesáreos anteriores

9) Quantos abortos você já teve?

(1) nenhum aborto anterior (2) 1 aborto anterior (3) 2 abortos anteriores (4) 3 abortos anteriores (5) 4 abortos anteriores (6) 5 abortos anteriores (7) 6 abortos anteriores (8) 7 ou mais abortos anteriores

10) Qual o tipo de parto mais adequado para você?

(1) Parto cesáreo se entrarem trabalho de parto/ agendado (2) Parto cesáreo após entrarem trabalho de parto (3) Parto normal natural/ sem intervenções (4) Parto normal induzido/ com soró (5) Parto normal com episiotomia/ pique (6) Parto normal induzido/ com soró e com episiotomia/ pique.

Agradecemos sua participação!

APÊNDICE E - Roteiro de condução dos grupos focais

Temas: Tipos de parto – Fatores facilitadores do parto normal – Fatores dificultadores do parto normal

QUESTÕES – CHAVE

Questão chave 1 - Qual o tipo de parto mais adequado para você? Porque?

Questão chave 2 - Como você tomou essa decisão? (influência da família, amigos, meios de comunicação, experiências anteriores).

Questão chave 3 - Quais as principais dificuldades para que seu parto seja conforme você deseja? Porque?

Questão chave 4 - Quais os principais facilitadores para que seu parto seja conforme você deseja? Porque?

Questão chave 5 – Você acha que vai conseguir ter o parto que você deseja? Porque?