

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**FERNANDA KOTTWITZ**

**VIA DE PARTO PREFERIDA POR PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO PAÍS**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

**FERNANDA KOTTWITZ**

**VIA DE PARTO PREFERIDA POR PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO PAÍS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Helga Geremias Gouveia

**PORTO ALEGRE**

**2015**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Terezinha e Alipio, por todo o cuidado e amor que me deram durante toda a minha vida. Pelos ensinamentos e valores recebidos. Hoje eu sou um ser humano melhor porque sou filha de vocês, e sou muito grata a isso. Agradeço todo amor e incentivo, sem vocês eu jamais teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus irmãos, Alaor e Ivanor, a minha sobrinha Shayane e a minha cunhada Valéria, pelo apoio e cuidado de sempre, por terem assumido todas as tarefas de cuidado a nossa família para que eu estivesse aqui me dedicando exclusivamente a esta fase da minha vida.

Ao meu querido noivo, Rafael Carvalho de Souza, obrigada pela compreensão, pelo amor, pela parceria, pelo cuidado e dedicação comigo. Teu carinho e tuas palavras foram um trampolim para que esta conquista fosse possível. Agradeço a compreensão pela minha ausência, ansiedade e nervosismo desta última etapa.

A minha filha canina Nina, que mesmo sem compreender, esteve ao meu lado. Foi minha companhia quando a solidão do estudo se fez presente. Obrigada pelo amor incondicional de sempre.

A minha orientadora e amiga, Prof. Dra. Helga Geremias Gouveia, pela dedicação e paciência em me ensinar e orientar durante este trabalho. Pelas conversas, conselhos e incentivo. Por me mostrar todos os dias que é possível ser um profissional digno e um ser humano especial.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Junqueira Armellini e Enf<sup>a</sup>. Ms. Ana Carla dos Santos F. Pruss, por acreditarem no meu trabalho e terem aceitado fazer parte da minha banca. Agradeço por se disponibilizarem a contribuir com este trabalho.

Aos amigos, principalmente Iaramin Dalpiás e Lucas Mariano, pela amizade sincera, pela força de sempre e pelas palavras de incentivo. Vocês são presentes da UFRGS e sempre estarão no meu coração.

Obrigada a todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem, que durante esta jornada me ensinaram e acolheram. E, principalmente, aos profissionais da Unidade de Internação Obstétrica e a Unidade Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que, além de professores, se tornaram amigos e são exemplos de profissionais. A eles, toda a minha admiração e agradecimento.

E por fim, obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse chegar aqui. Foi uma longa caminhada, mas aqui estamos.

*"Se a mulher decidir fazer algo diferente durante o seu parto eu não questiono nada.  
Esse momento é como uma obra de arte onde ela irá criar  
de acordo seus desejos e emoções."*

(Cornelia Enning, Parteira Alemã)

## RESUMO

O nascimento é historicamente um evento natural, assim como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador. Porém, a forma de parir vem sofrendo grandes mudanças. Até o século XVIII, o parto era um ritual feminino e ficava a cargo das parteiras. Com o aumento progressivo de tecnologias no campo da Medicina, o parto sofreu mudanças e passou a ser tratado como uma situação que exige intervenção médica em ambiente hospitalar. Os cuidados à gestante atualmente dão origem a vários questionamentos sobre os efeitos do uso excessivo desta medicalização. Acredita-se que para evitá-la seja necessário reaver a autonomia da gestante sobre a escolha do tipo de parto. As preferências da gestante sobre as vias de parto se dão a partir do seu empoderamento, formado com o conhecimento que a mulher possui e as informações que ela terá durante a gravidez. Os objetivos deste estudo foram conhecer a preferência das mulheres quanto à via de parto e suas motivações; identificar o conhecimento que elas possuem sobre os riscos para sua saúde e para o recém-nascido do parto a que foram submetidas; verificar se participaram do processo de decisão sobre a via de parto e verificar as possíveis associações entre as características sócio-demográficas e as histórias obstétricas das entrevistadas com o tipo de parto desejado. Tratou-se de um estudo descritivo quantitativo de corte transversal, realizado com 361 puérperas submetidas à cesariana ou parto normal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todas as participantes assinaram TCLE. Este estudo é uma subanálise da pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”. Os resultados deste estudo foram que 77,6% das mulheres preferiram o parto vaginal. O motivo mais frequente desta preferência, para 80,7% foi a melhor recuperação pós-parto e, para as que preferiram a cesariana, a motivação mais frequente foi não quererem sentir a dor do parto. Apenas 79 puérperas foram questionadas e acreditam terem participado da decisão sobre o seu parto. Das entrevistadas, 64,5% acreditavam que o parto ao qual foram submetidas não envolveu riscos para si e apenas 21,9% achavam que havia riscos para o recém-nascido. Houve associação estatística positiva entre número de gestações e parto anterior com a via de parto preferida. Conclui-se que a maioria das mulheres preferiram o parto vaginal, motivadas principalmente, pela melhor e mais rápida recuperação. Uma minoria das mulheres acreditou ter sido questionada e ter participado da decisão da via de parto ao qual foram submetidas. A maioria das entrevistadas afirmou que o tipo de parto ao qual foram submetidas não provoca riscos sobre si e sobre o recém-nascido, o que faz acreditar que estas mulheres não estão empoderadas para exercer sua autonomia na decisão sobre a via de parto. Sendo assim, recomenda-se que os profissionais de saúde ampliem os conteúdos relacionados com a via de parto, riscos e benefícios, possibilitando desta forma, que as mulheres tenham mais informações para fazerem escolhas adequadas para o desfecho de sua gestação. Sugere-se novos estudos acerca do tema.

**Palavras-chave:** Comportamento de Escolha, Parto Normal, Cesárea, Preferência do Paciente.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>9</b>
3.1 Contextualização histórica sobre os partos .....	9
3.2 Os tipos de parto .....	10
3.2.1 O parto normal .....	10
3.2.1 A cesariana .....	11
3.3 A humanização do parto e nascimento .....	12
3.4 O pré-natal .....	14
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>16</b>
4.1 Tipo de estudo .....	16
4.2 Contexto do estudo .....	16
4.3 Tamanho amostral.....	16
4.4 Seleção de participantes .....	17
4.5 Coleta de dados .....	17
4.6 Variáveis do estudo.....	17
4.7 Análise dos dados.....	18
4.8 Aspectos éticos .....	18
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - ARTIGO .....</b>	<b>20</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem do Projeto Maior .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO E – Termo de Consentimento de Uso de Dados.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO F – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem II .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO G – Normas de Submissão para a Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A forma de parir e nascer vem sofrendo grandes mudanças. Historicamente, estes eventos eram vivenciados sem a interferência masculina, conduzidos por parteiras que realizavam sua assistência às mulheres em domicílio. Com o aumento progressivo de tecnologias no campo da Medicina, o parto sofreu mudanças no seu significado e passou a ser visto como uma situação que exige intervenção médica em ambiente hospitalar (MALHEIROS et al., 2012). A mulher perdeu a autonomia que possuía em relação ao parto e tornou-se mais submissa às intervenções deste novo modelo de assistência (BRASIL, 2001).

Este modelo biomédico e intervencionista de assistência ao parto surgiu no final do século XIX e foi intensificado a partir de 1960 no Brasil (BRASIL, 2001). Em 2013, o Brasil atingiu uma taxa acima de 56% de cesarianas e a região Sul do país teve um índice ainda maior, alcançando 62% (BRASIL, 2015). Importante ressaltar que estes índices são muito acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), que é de 15% de partos cesáreos (BRASIL, 2010a).

Após anos desta prática, passou a existir uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos. A relação médico-paciente é assimétrica e as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões levantadas pelos médicos (BRASIL, 2001).

Neste contexto, surge o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002), com o objetivo de retomar alguns conceitos da assistência à gestação e ao parto, ampliando e melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento por meio da humanização e da integralidade do cuidado. Esse Programa traz como foco a assistência obstétrica prestada à mulher e a discussão sobre o seu direito de escolha durante o parto (BRASIL, 2002; VARGAS et al., 2014). Estas escolhas devem ser conscientes e uma das formas para possibilitar isso é o empoderamento da mulher.

Empoderar a mulher é fornecer a ela conhecimento e dar suporte para que sua cidadania feminina seja fortalecida. O empoderamento, para a mulher, é ter conhecimento sobre sua situação e seu papel na sociedade e buscar meios para vencer as limitações de gênero impostas historicamente (NASCIMENTO, 2011). A partir disso, é assegurada sua autonomia e seu poder de escolha e decisão nos ambientes públicos e também durante o parto.

As preferências da gestante sobre as vias de parto se dão a partir deste empoderamento, formado com o conhecimento que ela possui sobre si mesma, das experiências anteriores, de suas expectativas e do acesso a informações que ela terá durante o ciclo gravídico. Neste sentido, o profissional de saúde tem um papel importante no auxílio da construção da autonomia da gestante, pois é durante o pré-natal que serão oferecidas informações e orientações acerca da saúde e das mudanças que ocorrerão no corpo da mulher durante toda a gravidez, até o parto. Para Busanello et al. (2011), o nível de informações que as mulheres possuem acerca de sua saúde e do seu corpo aumenta sua capacidade de fazer escolhas adequadas.

A assistência durante o pré-natal é um dos principais momentos para a gestante e seus familiares esclarecerem suas dúvidas acerca do desenvolvimento da gestação e do parto. Essa assistência deve ser acolhedora e humanizada, baseada em orientações pertinentes para este momento da vida da mulher e sem intervenções desnecessárias (BRASIL, 2005). A qualidade das informações fornecidas durante o pré-natal tem grande importância na construção da autonomia da mulher em relação às suas preferências e às escolhas que fará.

Observa-se ainda que, na prática profissional, muitas mulheres não participam da escolha da via de parto adotada e que as mesmas acreditam na necessidade das intervenções às quais são submetidas, sem o conhecimento das reais indicações destas. Essa forma de cuidado prestado à parturiente faz repensar a importância do pré-natal, como possibilidade de orientar e preparar as gestantes para o momento do parto.

Ao considerar a situação descrita, acredita-se ser relevante conhecer as preferências das mulheres acerca dos tipos de parto, pois a partir deste conhecimento os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, poderão nortear a assistência prestada durante o pré-natal com base nas expectativas do público-alvo e nas necessidades individuais das gestantes. Sendo assim, o presente projeto tem como questão de pesquisa: Qual a via de parto preferida pelas puérperas de um hospital universitário do sul do país?

É importante ressaltar que este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Fatores relacionados à realização de cesariana em Hospital Universitário” (GOUVEIA; GONÇALVES, 2013).



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer a preferência das mulheres pelo tipo de parto e sua motivação.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o tipo de parto desejado pelas mulheres em sua última gestação e o motivo pela escolha.
- Identificar se as mulheres participaram da decisão do tipo de parto ao qual foram submetidas.
- Verificar se as mulheres conheciam os riscos, para si e para o recém-nascido, do tipo de parto ao qual foram submetidas.
- Verificar se existe associação entre o tipo de parto desejado com a idade, escolaridade, renda familiar e história obstétrica.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Contextualização histórica sobre os partos

O nascimento é historicamente um evento natural, assim como é indiscutivelmente, um fenômeno mobilizador. Mesmo as primeiras civilizações agregaram a este acontecimento inúmeros significados culturais, que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2001). Até o século XVIII, o parto era considerado um ritual de mulheres e não um ato médico, já que ficava a cargo das parteiras (SANFELICE et al., 2014).

A obstetrícia moderna originou-se na França do século XVII, e trouxe para as salas de parto a figura do médico, que assumiu o papel tradicional das parteiras (MOURA et al., 2012). Segundo Moura et al. (2012), foi a primeira vez em que se exigiu que as mulheres deitassem de costas para parir, visando assim facilitar o uso do fórceps pelos médicos.

No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado, o que se efetivou na metade do século XX, no qual o cenário do parto domiciliar foi sendo extinto paulatinamente (SANFELICE et al., 2014).

A partir deste momento, as mulheres, que antes eram acostumadas ao aconchego do lar e à companhia dos familiares, foram deslocadas para um ambiente frio e impessoal, em que, na maioria das vezes, profissionais desconhecidos e sem identificação realizam uma série de procedimentos invasivos e dolorosos, como se a parturiente fosse um objeto sem identificação nem voz (MOURA et al., 2012).

Esta mudança, do parto doméstico para o parto hospitalar, conferiu-lhe novos significados, ou seja, de evento fisiológico, feminino, familiar e social, o parto e o nascimento transformaram-se em um ato médico e masculino, no qual o risco de patologias e complicações tornou-se a regra e não a exceção (DIAS, 2011).

Desta forma, instaurou-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (DIAS, 2011), modelo este voltado para as necessidades sociais, com a manutenção do crescimento populacional saudável e a redução das altas taxas de mortalidade infantil, mas sem atender as necessidades de saúde específicas da população feminina (KNUPP; OLIVEIRA; MELO, 2008). Para Sanfelice et al. (2014), neste modelo, o corpo da mulher é compreendido como máquina e a assistência prestada é como linha de produção.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto teve início na década de 40 (BRASIL, 2001) e foi influenciado pelo modelo americano, que se caracteriza pela institucionalização, utilização de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções, preocupação maior com patologias e a assistência condicionada à conveniência do profissional (FARIA; SAYD, 2013).

A partir do ano de 1960, intensificaram-se os processos de medicalização e hospitalização do parto no Brasil (BRASIL, 2001). E, segundo Knupp, Oliveira e Melo (2008), na década de 1970 houve um aumento indiscriminado do número de cesarianas, devido a fatores como a organização da assistência obstétrica, a maior remuneração da cesárea, a associação da laqueadura tubária e a participação da mulher na escolha do tipo de parto. A década de 90 foi o auge do processo de cirurgificação, o que fez com que o Brasil fosse eleito o país com maior taxa de cesárea do mundo (FARIA; SAYD, 2013).

O cuidado obstétrico atual dá origem a vários questionamentos sobre os efeitos da medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e ao parto (SANFELICE et al., 2014), pois segundo Leal et al. (2014), mesmo com estes altos índices de partos institucionalizados no Brasil, as razões de mortalidade materna e perinatal se mantêm elevadas.

Frente a isso, o Ministério da Saúde vem criando estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil, propostas pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Entre estas estratégias destaca-se a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2010b).

O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, pressupõe a mínima utilização de intervenção no processo fisiológico de nascimento (DIAS, 2011).

## **3.2 Os tipos de parto**

### **3.2.1 O parto normal**

O nascimento por parto vaginal é um processo natural que acontece por si mesmo, não necessitando da intervenção de terceiro (KNUPP; OLIVEIRA; MELO, 2008). Sua recuperação é imediata, pois logo após o nascimento a mulher poderá levantar-se e atender seu filho (RIBEIRO et al., 2014).

De maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz. Deve-se ressaltar que este tipo de parto é também importante por favorecer a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água porventura depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios (BRASIL, 2013).

A atenção ao parto normal, em seu sentido estrito, deve abranger a assistência ao período expulsivo, à dequitação e ao pós-parto imediato ou 4º período. Entretanto, deve-se considerar que é muito difícil separar a assistência ao parto propriamente dito da prestada ao período de dilatação (BRASIL, 2001).

O parto natural precisa ser incentivado, por meio de uma atenção holística, humanizada, segura e de qualidade (BRASIL, 2011). É essencial desenvolver formas alternativas de atendimento ao parto no país, que deem condições efetivas ao parto normal (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002).

### 3.1.2 A cesariana

A cesariana tem como definição o nascimento do feto através de incisões feitas na parede abdominal e na parede uterina (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou, em 1985, que a taxa de cesárea maior que 15% é medicamente injustificável (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

O Brasil registra uma proporção deste tipo de parto bem maior do que os 15% recomendados pela OMS. Estima-se que, em média, realizam-se anualmente no Brasil em torno de 560.000 cesarianas consideradas desnecessárias, provocando desperdício de quase R\$ 84.000.000,00 e a ocupação de leitos hospitalares sem necessidade (REIS et al., 2009).

Estes dados colocam o Brasil entre os quatro países com os maiores índices de cesariana (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011) atingindo, em 2010, a taxa de 52% de cesarianas. A região sul do país teve um índice ainda maior, alcançando 58% (BRASIL, 2013b).

A preocupação com estes altos índices de cesariana não é somente para os países da América Latina. Na América do Norte, a cesariana tornou-se a cirurgia mais comum realizada em mulheres (ROSSIGNOL et al., 2014).

A cesariana é de grande importância quando indicada para salvar a vida da mãe e do filho em situação de alto risco (KNUPP; OLIVEIRA; MELO, 2008).

As indicações absolutas para a cesariana são aquelas que envolvem maior risco de mortalidade e morbidade materna e neonatal, que são: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo. E, as indicações relativas são: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia (BRASIL, 2013b).

Segundo Reis et al. (2009), se a indicação correta de cesáreas traz vantagens, se usada de forma indiscriminada e sem critérios ela envolve riscos adicionais para mãe e recém-nascido. Porque mesmo com as altas taxas de partos hospitalares e altos índices de partos cesáreos, as razões de mortalidade materna e perinatal se mantiveram elevadas, o que faz questionar a qualidade da assistência no cuidado ao parto (LEAL et al., 2014).

Reis et al. (2009) complementam que, como qualquer outra cirurgia, a cesariana não está isenta de complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas relacionados com transfusão de sangue, dentre outros, que podem incidir nos cuidados com o recém-nascido devido à fragilidade física que acarretam, assim como interferência na relação mãe-filho. Além destes riscos, a cesariana influencia no aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal, uma vez que a chance da mulher morrer na cesariana é seis vezes maior que no parto normal (KNUPP; OLIVEIRA; MELO, 2008). Quanto aos riscos da cesárea para o recém-nascido, Knupp, Oliveira e Melo (2008) afirmam que o risco de ir para Unidade de Terapia Intensiva quadruplica entre os nascidos por cesariana, que ao ser marcada não leva em consideração a maturidade do feto, principalmente do pulmão, sendo realizada independentemente do início do trabalho de parto.

Para Souza, Amorim e Porto (2010), o profissional, ao indicar a cesariana, deve considerar o balanço entre riscos e benefícios para a mãe e para o recém-nascido.

### **3.3 A humanização do parto e nascimento**

No Brasil, o conceito de humanização passa a ser mencionado na Saúde, só a partir dos anos 90, inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e

desumanizado da assistência à saúde, e que mais tarde são traduzidos em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais (ONIAS; CARVALHO; ESCOBAR, 2013).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, e acrescenta que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2002).

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001). Humanizar significa, ainda, uma assistência que valorize a qualidade do cuidado técnico associado ao respeito aos direitos do paciente, considerando sua subjetividade e cultura (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Segundo Souza, Gaiva e Modes (2011, p. 480):

As práticas humanizadoras do nascimento são um processo em que o profissional deve respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-filho; criar espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o processo, permitindo um acompanhante de escolha da gestante, informar à paciente todos os procedimentos a que será submetida, além de respeitar todos os seus direitos de cidadania.

Além disso, as gestantes ainda possuem os seguintes direitos: à escolha do local, pessoas e formas de assistência durante o parto; à preservação da integridade corporal de mães e crianças; ao respeito ao parto, reconhecendo este como uma experiência pessoal, sexual e familiar; à assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal e à proteção contra abuso e negligência (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002).

Para Behruzi et al. (2010), segundo sua revisão de literatura, o parto humanizado deve ter algumas características, tais como: a promoção da participação ativa das mulheres sobre a tomada de decisão no parto e em outros aspectos de seu cuidado, o uso da experiência de profissionais médicos e não médicos, trabalhando juntos como iguais e o uso exclusivo de tecnologias baseadas em evidências científicas. A humanização do parto empodera as mulheres, o que implica na redução do excesso de medicalização no parto (BEHRUZI, 2010).

Mais do que promover a utilização ou não de determinadas práticas, humanizar a assistência no parto consiste no resgate do papel central e ativo da mulher no processo da

gravidez e nascimento, com uma assistência que respeite a dignidade da mulher, sua autonomia e seu controle sobre a situação (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002).

Portanto, a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004).

### **3.4 O pré-natal**

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal (VIELLAS et al., 2014). Esta assistência tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

A recomendação do Ministério da Saúde é de que o início do pré-natal seja no primeiro trimestre e se realizem no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Após o parto deve ser feita uma consulta até a 42ª semana de puerpério (BRASIL, 2005).

A atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para as situações de alto risco (BRASIL, 2005).

Neste contexto, o enfermeiro tem papel de grande importância, pois a consulta de enfermagem no pré-natal é um instrumento que pode garantir a extensão da cobertura e a melhoria da qualidade da assistência prestada à gestante. Este profissional tem as habilidades de comunicação e escuta que o auxiliam no exercício de compreender o ser humano e de promover o cuidado (SHIMIZUL; LIMA, 2009). Além disso, a assistência de enfermagem no pré-natal é reconhecida como um pilar que favorece a compreensão do processo gestacional pela gestante, devido à relação que este profissional estabelece com a mulher. O acolhimento

de enfermagem possibilita o diálogo, permite a livre expressão de dúvidas, de sentimentos, e de experiências e estreita o vínculo entre profissional e gestante a promoção da educação (SHIMIZUL; LIMA, 2009).

Os profissionais de saúde devem promover a autonomia das mulheres no parto, a começar pelas informações cientificamente embasadas que devem ser fornecidas durante o pré-natal, a fim de garantir que elas possam tomar decisões compartilhadas com eles, fundamentadas nessas informações (SODRÉ; MERIGUI; BONADIO, 2012). E entende-se que o enfermeiro tem um papel importante quanto ao favorecimento do empoderamento da mulher e no resgate do direito delas de participar das decisões e problemáticas durante o ciclo gravídico-puerperal (BUSANELLO et al., 2011).

O pré-natal como um momento educativo, tem a capacidade de ampliar as informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, sobre o corpo e sobre os mecanismos de dor do parto. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela aumentará seus potenciais e encontrar-se-á em situação de colaborar e decidir sobre a sua saúde com a equipe de saúde, reduzindo assim grande parte da tensão corporal e psicológica, o que resulta num parto mais fácil e menos doloroso. O pré-natal é o momento propício para praticar essas tecnologias de cuidado (DARÓS et al. 2010).

O conhecimento das práticas benéficas na condução do trabalho de parto e parto e a sua adoção são capazes de tornar o nascimento mais seguro, de evitar intervenções desnecessárias, de diminuir a incidência de partos operatórios, melhorando assim a satisfação com o parto (HADDAD; CECATTI, 2011).



## 4. MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo quantitativo de corte transversal, realizado a partir de dados secundários da pesquisa denominada “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”, que teve por objetivo analisar os fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre/RS (GOUVEIA; GONÇALVES, 2013).

O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2006).

### 4.2 Contexto do estudo

A pesquisa da qual este estudo fez parte foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no 11º andar, ala sul.

O HCPA é uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014).

### 4.3 Tamanho amostral

Para cálculo do tamanho amostral do estudo maior foi considerado o total de partos no HCPA no ano de 2011, que foi de 3.714, e a taxa de cesariana nesse período, que foi de 37,1%<sup>1</sup>. Considerando a referida taxa de cesariana, com uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, foram necessárias no mínimo 359 puérperas a serem entrevistadas para compor a amostra<sup>2</sup>, porém foram entrevistadas 361 puérperas. O Software utilizado foi o *WinPepi*.

Para este estudo foram consideradas as 361 puérperas entrevistadas no projeto maior.

---

<sup>1</sup>Dados fornecidos pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>2</sup>Cálculo amostral realizado pela assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

#### 4.4 Seleção de participantes

Foram incluídas na amostra do projeto do qual esse se derivou, as mulheres cujo parto ocorreu no Centro Obstétrico do HCPA, seja parto vaginal ou cesárea (eletivas ou de urgência) e excluídas aquelas que não aceitaram participar do estudo, as que não tiveram condições psicológicas de responder as questões, as que tiveram óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

#### 4.5 Coleta de dados

Os dados primários foram obtidos por meio da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, de registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato, da carteira pré-natal e de entrevista semi-estruturada.

As entrevistas foram realizadas diariamente pelas autoras da pesquisa original, no período de fevereiro a abril de 2013 na Unidade de Internação Obstétrica, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão definidos para esse estudo. Os dados obtidos no prontuário da mulher e do recém-nascido foram coletados quando efetivada a alta hospitalar de ambos.

As informações de interesse para este estudo foram obtidas junto ao banco de dados do projeto maior, que teve um instrumento de coleta de dados composto por 237 questões. Para este estudo foram considerados os dados das puérperas e o conhecimento das puérperas acerca dos tipos de parto (ANEXO A).

#### 4.6 Variáveis do estudo

**Idade:** em anos completos no momento da entrevista.

**Escolaridade:** em anos de estudo.

**Renda familiar:** é o somatório da renda de todos os moradores de um mesmo domicílio. Para o estudo do qual esse se deriva foi considerado o salário mínimo de R\$ 678,00 (salário mínimo da época do estudo).

**História Obstétrica:** considerado o número de gestações (número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a última gestação). Caracterizou-se como primigesta: grávidas pela primeira vez; multigesta: ficaram grávidas mais de uma vez. Também se considerou o número de vezes que a mulher pariu, caracterizando-se como nulípara (mulher

que nunca pariu); primípara (mulher que pariu uma vez) e multípara (mulher que pariu mais de uma vez).

**Tipo de parto:** considerados parto vaginal (definido como nascimento do feto pela via vaginal, podendo ser instrumentalizado ou não) e cesariana (nascimento do feto através de cirurgia abdominal).

**Conhecimento da puérpera sobre os tipos de parto:** conhecimento relatado pela entrevistada.

#### **4.7 Análise dos dados**

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e para a verificação da associação entre as variáveis do estudo, o Teste de Quiquadrado. O nível de significância utilizado foi de 5%. O *software* utilizado foi o *SPSS* versão 18. Os dados foram apresentados por meio tabelas.

#### **4.8 Aspectos éticos**

O projeto “Fatores associados à realização de cesariana em um Hospital Universitário” foi submetido e aprovado, metodologicamente, pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com o registro número 23998 (ANEXO B).

Por tratar-se de um projeto que envolveu seres humanos, este foi submetido para avaliação metodológica e ética do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, tendo sido aprovado com o registro número 120466 (ANEXO C).

Todas as mulheres que aceitaram o convite de participação na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D) em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista. No caso de menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado por seu responsável.

Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e que o seu nome não seria divulgado, além da possibilidade de desistir a qualquer momento de participar, sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os TCLE ficarão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo.

A pesquisa respeitou os termos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere aos aspectos éticos (BRASIL, 2013a).

A coordenadora da pesquisa da qual este estudo se derivou, autorizou a utilização do banco de dados para o desenvolvimento desse estudo (ANEXO E), visto que não houve participação desta autora na coleta dos dados que compuseram este banco.

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado à COMPESQ/EENF, foi avaliado e aprovado quanto a sua metodologia, tendo sido aprovado com o registro número 28324 (ANEXO F).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - ARTIGO

### VIA DE PARTO PREFERIDA POR PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO PAÍS

#### Preferred Mode of Delivery by Parturients in a Southern University Hospital

Fernanda Kottwitz<sup>1</sup>, Helga Geremias Gouveia<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>1-2</sup> Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço: Rua São Manoel, 963. Bairro Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90620-110.

E-mail: nandakwz@gmail.com

#### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a preferência e a motivação das mulheres quanto à via de parto. **Método:** Estudo descritivo transversal quantitativo, com 361 puérperas que pariram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** 77,6% das mulheres preferiram o parto vaginal, sendo o motivo para 80,7% delas, a melhor recuperação pós-parto; 20,5% foram questionadas e acreditam terem participado da decisão sobre o parto; 64,5% acreditavam que o parto ao qual foram submetidas não envolveu riscos para si e apenas 21,9% acharam que envolvia riscos para o recém-nascido. Houve associação positiva entre número de gestações e parto anterior com a via de parto preferida. **Conclusão:** Houve preferência pela via vaginal. As mulheres não demonstraram conhecimento adequado sobre os riscos e benefícios dos tipos de parto e, por isso, acredita-se não estarem empoderadas para exercer sua autonomia nesta decisão. Apesar de a maioria preferir a via vaginal, não é o que ocorre na prática atual.

**Palavras-chave:** Comportamento de Escolha; Parto Normal; Cesárea; Preferência do Paciente.

#### ABSTRACT

**Purpose:** To know women's preference and motivation on way of delivery. **Methods:** Descriptive, transversal, quantitative study, with a sample of 361 parturients that gave birth at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Results:** 77,6% of the women preferred the vaginal delivery. The reason for 80,7% was better postpartum recovery. 20,5% of the women

surveyed were asked and believe to have participated on the decision making about the childbirth. 64,5% believed that the childbirth they were submitted did not involve risks to themselves and 21,9% believed there were risks to the newborn. There were positive associations between parity and previous delivery with the preferred way of delivery. **Conclusion:** Most of the women preferred vaginal delivery. Women did not show proper knowledge about the risks and benefits of each type of parturition and, for this reason, they are not believed to be empowered to exercise their autonomy on this decision-making. Despite the fact that the majority prefer the vaginal delivery, it is not what happens currently.

**Keywords:** Choice Behavior; Natural Childbirth; Cesarean Section; Patient Preference.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la preferencia y la motivación de las mujeres en cuanto a la vía de parto. **Método:** Estudio descriptivo transversal cuantitativo, con 361 púerperas que parieron en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** 77,6% de las mujeres prefirieron el parto vaginal. La razón del 80,7% fue la mejor recuperación postparto. 20,5% fueron cuestionadas y creen haber participado en la decisión del tipo de parto. 64,5% creían que el parto al cual fueron sometidas no involucraba riesgos para ellas y 21,9% pensaron que implicaba riesgos para el recién nacido. Hubo una asociación positiva entre paridad y parto anterior con la vía preferida de parto. **Conclusión:** La mayoría de las mujeres prefirieron el parto vaginal. Las mujeres no tenían conocimiento adecuado sobre los riesgos y los beneficios de los tipos de parto y, por lo tanto, no creen estar empoderadas para ejercer su autonomía en esta decisión. Aunque la mayoría prefiere el parto vaginal, no es lo que sucede actualmente.

**Palabras Claves:** Conducta de Elección; Parto Normal; Cesárea; Prioridad del Paciente.

## INTRODUÇÃO

O nascimento é historicamente, um evento natural, assim como é, indiscutivelmente, um fenômeno mobilizador. Desde as primeiras civilizações, agregaram-se a este acontecimento inúmeros significados culturais, que através de gerações sofreram transformações, e ainda se comemora o nascimento como um dos fatos mais marcantes da vida. <sup>1</sup> Até o século XVIII, o parto era um ritual feminino e não um ato médico, já que ficava a cargo das parteiras. <sup>2</sup>

Com a entrada da figura do médico no parto, assumindo o papel das parteiras, houve o aumento do uso de tecnologias e medicalização para este evento, o que fez com que ocorressem mudanças no significado do parto e fosse considerado uma situação que exige intervenção médica em ambiente hospitalar. <sup>3</sup> Tais fatos, resultaram na perda da

autonomia da mulher em relação à parturição e tornou-se mais submissa às intervenções deste novo modelo de assistência.<sup>1</sup>

Este modelo biomédico e intervencionista de assistência ao parto surgiu no final do século XIX e foi intensificado a partir de 1960 no Brasil.<sup>1</sup> Em 2013, o Brasil atingiu uma taxa de cesariana acima de 56% e a região Sul do país teve um índice ainda maior, alcançando 62%.<sup>4</sup> Esta taxa está muito acima dos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), que é de 15% de partos cesáreos.<sup>5</sup>

Os cuidados à gestante e parturiente atualmente dão origem a vários questionamentos sobre os efeitos desta medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e ao parto.<sup>2</sup> Após anos destas práticas, passou a existir uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos. A relação médico-paciente é atualmente assimétrica, e as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões levantadas pelos médicos.<sup>1</sup>

Nos últimos anos, algumas discussões acerca dos desejos da mulher quanto às vias de parto foram retomadas. Faz-se necessário reaver a autonomia da gestante na decisão do desfecho para sua gravidez, inclusive para que haja redução no número de cesarianas desnecessárias. Neste contexto, surge o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo principal rever a assistência obstétrica prestada à mulher e retomar a discussão sobre o seu direito de escolha durante o parto.<sup>6</sup>

O parto humanizado deve promover a participação ativa das mulheres sobre a tomada de decisão no parto e em outros aspectos de seu cuidado, com a experiência de profissionais de diversas áreas trabalhando juntos como iguais e o uso exclusivo de tecnologias baseadas em evidências científicas. A humanização retoma alguns conceitos da assistência à gestação e ao parto, objetiva ampliar e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento,

prestando o cuidado de forma integral à paciente.<sup>6</sup> Para tanto, acredita-se que a base da humanização seja empoderar as mulheres.

Empoderar a mulher é fornecer a ela conhecimento e dar suporte para que sua cidadania feminina seja fortalecida. O empoderamento, para a mulher, é ter conhecimento sobre sua situação e seu papel na sociedade e buscar meios para vencer as limitações de gênero impostas historicamente.<sup>7</sup> A partir disso, é assegurada sua autonomia e seu poder de escolha e decisão nos ambientes públicos e também durante o parto.

As preferências da gestante sobre as vias de parto se dão a partir deste empoderamento, formado com o conhecimento que ela possui sobre si mesma, das experiências anteriores, de suas expectativas e do acesso às informações que ela terá durante a gestação. O nível e a qualidade destas informações aumentará a capacidade das mulheres realizarem escolhas adequadas para si e para o seu parto.

Conhecer as preferências das mulheres acerca dos tipos de parto é uma discussão relevante, pois a partir deste conhecimento os profissionais de saúde poderão nortear a assistência prestada durante o pré-natal com base nas expectativas deste público-alvo e nas necessidades individuais das gestantes. Além do que, conhecer os desejos das mulheres possibilita criar alternativas que reforcem estas escolhas, de forma que elas consigam colocar-se diante do sistema de saúde e argumentar com a equipe assistencial qual é o melhor desfecho para a sua gestação.

Para tanto, objetiva-se com o este estudo conhecer a via de parto preferida pelas puérperas e suas motivações; identificar os conhecimentos que elas possuem sobre os riscos da via de parto a qual foram submetidas, para si e para o recém-nascido; verificar se as puérperas participaram da decisão sobre o parto ao qual foram submetidas e apresentar associações estatísticas que envolvam as características sócio-demográficas e obstétricas da amostra com a via de parto preferida.



## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo descritivo quantitativo de corte transversal a partir de dados da pesquisa denominada “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”.<sup>8</sup>

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de fevereiro a abril de 2013. Foram incluídas as mulheres cujo parto ocorreu no Centro Obstétrico do HCPA, seja parto vaginal ou cesárea (eletivas ou de urgência) e excluídas aquelas que não tiveram condições psicológicas de responder as questões, as que tiveram óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

Para cálculo do tamanho amostral do estudo maior foram considerados o total de partos no HCPA no ano de 2011 (3.714) e a taxa de cesariana nesse período 37,1%. Considerando a referida taxa de cesariana, com uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, foram necessárias no mínimo 359 puérperas a serem entrevistadas para compor a amostra, porém foram entrevistadas 361 puérperas.

Os dados primários foram obtidos por meio da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, de registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato, da carteira pré-natal e de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas diariamente, no período de fevereiro a abril de 2013, na Unidade de Internação Obstétrica, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão definidos para esse estudo. Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva e, para a verificação da associação entre as variáveis do estudo, o Teste de Quiquadrado. O nível de significância utilizado foi de 5%. O *software* utilizado foi o *SPSS* versão 18.

Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias iguais, com informações específicas da pesquisa e dos critérios para responder a entrevista. No caso de menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado por seu responsável.

O projeto do qual este deriva foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (parecer nº 120466) e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 361 puérperas, onde a maioria (77,6%) desejou como desfecho para a gestação atual o parto vaginal (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição das puérperas segundo o tipo de parto desejado. Porto Alegre, 2015. (N=357)\*.

Tipo de parto desejado	N	%
Vaginal	280	77,6
Cesariana	77	21,3
Não souberam informar	04	1,1
Total	361	100,0

Em relação ao motivo da mulher pela preferência da via de parto (Tabela 2), constatou-se que, entre as mulheres que preferiram a cesariana, o motivo mais frequente foi “não sentir dor” (72,7%) e para as que tiveram o parto vaginal como preferência, o principal motivo foi “melhor recuperação no pós-parto” (80,7%).

**Tabela 2.** Distribuição das puérperas segundo o motivo pela preferência do tipo de parto. Porto Alegre, 2015. (N=357)\*.

Motivos pela preferência do tipo de parto escolhido	N	%
---	---	---

<b>Cesariana (N=77)</b>		
Não sentir dor	56	72,7
Cesárea prévia	09	11,7
Ligadura tubária	03	3,9
Não soube informar	01	1,3
Outros	08	10,4
<b>Parto Vaginal (N=280)</b>		
Melhor recuperação pós-parto	226	80,7
Mais seguro	14	8,2
Participação ativa da mulher no parto	08	2,85
Medo da cicatriz	08	2,85
Experiência prévia positiva	05	1,8
Outros	10	3,6

\*Consideradas apenas as puérperas que souberam informar sua preferência com relação à via de parto.

Quanto à decisão pelo tipo de parto, segundo a perspectiva das mulheres, pode-se observar que apenas 74 mulheres (20,5%) foram questionadas sobre qual era sua via de parto desejada e acreditam terem participado da decisão sobre o tipo de parto ao qual foram submetidas. Ressalta-se que 260 mulheres (72,2%) não foram nem mesmo questionadas quanto a sua preferência em relação ao tipo de parto (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das puérperas segundo participação na decisão do tipo de parto atual.

Porto Alegre, 2015. (N=360)\*

<b>Você acha que participou da decisão sobre o tipo de parto atual?</b>				
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
<b>Questionada sobre o tipo de parto desejado?</b>	<b>Sim</b>	74	26	100
	<b>Não</b>	62	198	260

\* uma puérpera não soube informar

A Tabela 4 apresenta os dados referentes ao conhecimento das mulheres acerca dos riscos, para si e para o recém-nascido, do parto ao qual foram submetidas. De uma forma

geral, verificou-se que a maioria das mulheres considera que o parto ao qual foram submetidas, seja vaginal ou cesariana, não tem riscos a sua saúde (64,5%). Os riscos relatados pelas mulheres com mais frequência, independentemente do tipo de parto, foram infecção e hemorragia.

Já quanto aos riscos para a saúde do recém-nascido, (21,9%) das puérperas achavam que o parto ao qual foram submetidas apresentava riscos para a saúde do bebê, destacando-se que, entre essas, a maioria teve parto vaginal (Tabela 4). O risco para a saúde do bebê, relacionado ao tipo de parto, relatado pelas mulheres com maior frequência, foi a infecção.

**Tabela 4.** Distribuição das puérperas segundo seu conhecimento quanto aos riscos para a si e o recém-nascido, do parto ao qual foram submetidas. Porto Alegre, 2015. (N=361)

	N	%
<b>Riscos para si (N=361)</b>		
Sim, acho que tem riscos	80	22,2
Acho que não tem riscos	233	64,5
Não souberam informar	48	13,3
<b>Riscos para o RN (N=361)</b>		
Sim, acho que tem riscos	79	21,9
Acho que não tem riscos	245	67,9
Não souberam informar	37	10,2

A Tabela 5 apresenta as características e a história obstétrica das puérperas que participaram deste estudo, bem com a sua possível associação ao tipo de parto desejado. A maioria das mulheres encontrava-se na faixa etária de 16 a 34 anos (85,7%), tinha mais de oito anos de estudo (44,3%) e renda familiar de até dois salários mínimos (38,2%). Em relação à história obstétrica, a maioria era secundigesta ou mais (63,9%) e, entre as que já

tiveram parto anterior, a maioria teve parto vaginal (74,1%). Entre as variáveis analisadas, constatou-se que o número de gestações e o tipo de parto anterior apresentou associação estatística significativa com o tipo de parto desejado pelas mulheres.

**Tabela 5.** Distribuição das puérperas segundo idade, escolaridade, renda familiar, história obstétrica e partos anteriores, associado ao tipo de parto desejado. Porto Alegre, 2015.

Variável	Parto Vaginal		Cesariana		p valor
	N	%	N	%	
<b>Idade (N=357)*</b>					0,328
≤ 15 anos	07	2,0	00	0,0	
16 a 34 anos	240	67,2	66	18,5	
≥ 35 anos	33	9,2	11	3,1	
<b>Escolaridade (N=357)*</b>					0,295
< 8 anos de estudo	83	23,2	16	4,5	
8 anos de estudo	55	15,4	45	12,6	
> 8 anos de estudo	142	39,8	16	4,5	
<b>Renda familiar (N=333)**</b>					0,358
< salário mínimo	86	25,8	18	5,4	
Dois salários mínimos	100	30,1	27	8,1	
> dois salários mínimos	76	22,8	26	7,8	
<b>História obstétrica (357)*</b>					<b>0,026</b>
Primeira gestação	110	30,8	19	5,3	
Duas ou mais gestações	170	47,6	58	16,3	
<b>Parto anterior (N=228)***</b>					<b>0,000</b>
Nenhum parto anterior	17	7,5	02	3,4	
Cesariana	20	8,8	33	56,9	
Parto Vaginal	114	50,0	14	24,1	
Cesariana + Parto Vaginal	19	8,2	09	15,5	

\*quatro puérperas não souberam informar o tipo de parto desejado

\*\* 28 não souberam informar

\*\*\* consideradas somente as com duas ou mais gestações (história obstétrica).

## DISCUSSÃO

Nesse e em outros estudos verifica-se a preferência das mulheres pelo parto vaginal <sup>9-</sup>  
<sup>12</sup>. Apesar da preferência das mulheres por esse tipo de parto, as taxas de cesarianas no Brasil vêm aumentando. O aumento deste procedimento no país vem acontecendo desde a década de 60, sendo que em 2007 os índices foram de 45,5% e em 2013 as cesarianas chegaram a 56,6% dos partos. Outros países também demonstraram crescimento nas taxas de cesariana. Nos Estados Unidos, por exemplo, houve um aumento de 42% entre os anos de 1999 e 2002. No Canadá, as taxas subiram de 17,5% em 1995 para 26,1% em 2005. <sup>13</sup> Estes altos índices contrapõem as preferências de via de parto referidas pelas mulheres e podem estar relacionados com o fato de que elas continuam transferindo a responsabilidade do nascimento para o profissional de saúde, por não se sentirem intelectualmente e socialmente capazes de manterem suas escolhas. <sup>14</sup>

O principal argumento para as altas taxas de cesariana no Brasil é que as mulheres brasileiras demandam deste tipo de parto <sup>15</sup>, embora a cesariana, neste e em muitos estudos <sup>9-</sup>  
<sup>12</sup> não tenha sido apontado como o preferido pelas mulheres, o que faz questionar este argumento. Os motivos para esta alta prevalência podem estar relacionados a fatores que exerçam influência na escolha da mulher sobre a via de parto, tais como valores culturais, econômicos e as informações acerca dos tipos de parto fornecidas a ela durante o pré-natal <sup>10,15</sup>.

Quando se discute a perspectiva da mulher quanto aos motivos pela preferência da via de parto, destaca-se, com relação ao parto vaginal, a melhor e mais rápida recuperação no pós-parto <sup>16-19</sup>. E, indo ao encontro destes achados, alguns estudos demonstraram que as mulheres que preferiram o parto vaginal, o fizeram por atribuírem a cesariana uma recuperação no pós-parto mais dolorosa e demorada <sup>10-11</sup>. Por outro lado, o principal motivo pela preferência da via de cesariana, neste e em outros estudos, foi o medo da dor do parto vaginal <sup>10-11,16</sup>, o sofrimento do parto vaginal <sup>10</sup> e a praticidade do procedimento cirúrgico <sup>11</sup>.

Desta forma pode-se destacar o fato das mulheres preferirem a cesariana com a expectativa, mesmo que cultural, de não sentirem as dores do trabalho de parto. Considera-se oportuno ressaltar que, atualmente, são disponibilizados recursos capazes de proporcionar maior conforto às mulheres durante o trabalho de parto, com o uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor.

A dor do parto está relacionada à natureza humana e ao processo cultural e fisiológico de parir, porém não se trata da consequência de um processo patológico, mas sim da chegada de uma nova vida <sup>20</sup>. Sabe-se que a dor é um evento físico que sofre grande influência dos aspectos emocionais e da ansiedade, podendo ser o estresse um incremento a ela <sup>10</sup>.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, como o uso da bola suíça, não restrição de movimento para a parturiente, barra obstétrica, massoterapia, exercícios respiratórios, juntamente com a promoção de um ambiente calmo e seguro, com a participação de um acompanhante de livre escolha da mulher, podem auxiliar na redução deste estresse e conseqüentemente reduzir a sensação dolorosa durante o trabalho de parto. Estes métodos são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e devem ser encorajados nas maternidades <sup>21</sup>, apesar de não serem realidade em todos os hospitais do país.

Acredita-se que o pré-natal tenha papel importante na conduta informativa destas possibilidades e na orientação dos métodos para alívio da dor, pois o conhecimento destas ferramentas ainda na gestação poderá contribuir para redução do medo da mulher em relação ao parto e possibilitar que ela tome a decisão pela via de parto sem o estereótipo do sofrimento.

O papel educativo do pré-natal amplia o conhecimento da mulher sobre o ciclo gravídico-puerperal, sobre o seu corpo e sobre os mecanismos da dor. Se à futura mãe for dada a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo e da fisiologia do parto, ela aumentará seus potenciais de escolha e encontrar-se-á em situação de colaborar e decidir

sobre o desfecho de sua gestação com a equipe de saúde, reduzindo assim grande parte do estresse corporal e psicológico, o que resultará num parto mais fácil e menos doloroso <sup>14</sup>.

No presente estudo, poucas mulheres tiveram participação na decisão do tipo de parto, o que vai ao encontro do observado na prática profissional, onde muitas vezes há um direcionamento da mulher sobre o desfecho da gestação, ou seja, a mulher embora tenha o desejo de ter um parto vaginal, dependendo da equipe que prestar assistência a esta mulher e do conhecimento da mulher, ela poderá sofrer influência das opiniões da equipe, que nem sempre são baseadas nas evidências científicas e às vezes são parte apenas do conforto do profissional. Também observa-se o fato de muitas mulheres chegarem ao serviço de saúde sem o conhecimento necessário sobre a fisiologia e o tempo de trabalho de parto, ficando mais vulneráveis às decisões das equipes de saúde.

Acredita-se que o processo de decisão da via de parto esteja intimamente relacionado com o conhecimento que a mulher possui sobre a parturição. Numa pesquisa realizada em Londrina/PR, com 14 gestantes, emergiram apontamentos sobre a necessidade dos profissionais de saúde ampliarem o conhecimento das gestantes, falando sobre os procedimentos realizados durante o parto. Estas mulheres acreditam que os profissionais sejam responsáveis por transmitir estas informações <sup>22</sup>.

A escassez de estudos que consideram a participação das mulheres no processo decisório sobre a via de parto, foi um fator que demonstrou o pouco interesse em medir a participação das usuárias nas ações que envolvem a sua saúde e o trabalho de parto, além de ter sido um importante limitador desta discussão. Isso limita também a inclusão da mulher nos processos decisórios sobre a sua gestação e o seu parto.

A necessidade de cuidado e desejo de participação na decisão do tipo de parto foram encontrados em alguns estudos <sup>22-23</sup>. Todavia, considera-se que o plano de parto possa ser uma ferramenta eficaz para a comunicação entre a parturiente e equipe de saúde, visto que reflete



os desejos da mulher para o seu trabalho de parto e parto. Esta ação poderá facilitar a participação da mulher no processo de decisão sobre a via de parto. É importante que hajam estudos que avaliem os conhecimentos e a participação da mulheres na decisão sobre sua via de parto e que seja ampliada a discussão do uso do plano de parto na gestação, para que esta ferramenta comece a ser uma realidade na assistência durante o pré-natal.

Para que a mulher tenha a capacidade de realizar escolhas adequadas quanto à melhor via de parto para si e para o seu bebê, é importante que ela receba também orientações sobre os riscos e os benefícios que cada tipo de parto possui <sup>1</sup>. Ressalta-se que, neste estudo, a maioria das mulheres acreditava que o tipo de parto ao qual foram submetidas não envolvia riscos para si. Estes dados são alarmantes, partindo do pressuposto de que as mulheres desconhecem os riscos possíveis das vias de parto. Dados apontam que a cada minuto uma mulher morre no mundo devido a complicações da gravidez e parto <sup>24</sup>, levando a crer que, independentemente da via de parto escolhida, existem riscos inerentes ao processo de parturição.

Um estudo que considerou os óbitos maternos entre os anos de 2000 e 2009, no Brasil, observou que a hemorragia no pós-parto e a infecção puerperal estão entre as cinco principais causas de morte materna e que, na região Sul do país, a hemorragia pós-parto foi a segunda principal causa de óbito materno <sup>1,24</sup>.

Alguns estudos mencionaram que a hemorragia é um dos principais riscos para o pós-parto da cesárea <sup>25</sup>, embora haja este risco também para o parto vaginal, geralmente associado a restos placentários e partos com distócias <sup>1</sup>. Estes dados corroboram com alguns dos riscos mencionados pelas puérperas, para sua saúde, demonstrando que algumas mulheres que participaram deste estudo, embora sejam a minoria, possuíam conhecimento da existência de alguns riscos das vias de parto. Acredita-se que isso possa estar relacionado às orientações recebidas durante o pré-natal, às possíveis pesquisas particulares realizadas pelas puérperas e

também às crenças sociais que são construídas a partir das trocas de experiências entre as mulheres durante a gestação.

Já a cesariana pode envolver uma série de riscos para a mulher, como complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas hemorrágicos <sup>26</sup>. A cesariana influencia no aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal <sup>27-28</sup>, além de aumentar significativamente o risco de prematuridade e baixo peso para o recém-nascido <sup>27</sup>.

Com o passar dos anos, falar sobre riscos para o parto vaginal tornou-se comum, havendo uma maior preocupação com o parto do que com as cesarianas. Mas mesmo com os altos índices de cesarianas e de partos instrumentalizados no Brasil, as razões de mortalidade maternas e neonatais ainda se mantêm elevadas <sup>28</sup>.

Destaca-se que a mortalidade neonatal no Brasil em 2011 foi de 15,3 por mil nascidos vivos e que este valor é ainda superior ao desejado, comparando a potencialidade do país, além destes dados influenciarem na qualidade de saúde e na expectativa de vida da sociedade brasileira <sup>28</sup>. Acredita-se que estes números de mortalidade neonatal estejam intimamente relacionados com a atenção ao parto e nascimento <sup>28</sup>.

A minoria das mulheres deste estudo, demonstraram conhecer os riscos para si e para os recém-nascidos relacionados ao tipo de parto. Estes dados são preocupantes, porque possuir o conhecimento sobre os riscos, mesmo que de forma superficial, é parte da linguagem com a qual as mulheres expressam suas opiniões sobre os procedimentos debatidos <sup>10</sup>. Apenas será possível incluir a mulher no processo decisório da via de parto quando esta tiver plena consciência dos riscos e benefícios envolvidos nas diferentes formas de parir.

Um importante limitador para a discussão quanto ao conhecimento das mulheres sobre os possíveis riscos das vias de parto para a si e para o recém-nascido, foi a escassez de estudos que considerem estes dados. Outros estudos sobre este tema seria de grande importância para

que os profissionais de saúde pudessem conhecer as deficiências e necessidades educativas das gestantes.

Considerando as características das mulheres, estudos apontaram que, com o aumento da idade materna, há maior tendência na realização de cesariana, independentemente da preferência pela via de parto <sup>26,29</sup>. Já outro estudo aponta que, com o avanço da idade, as mulheres tendem a preferir a cesariana <sup>10</sup>.

Acredita-se, embora não seja possível fazer inferências, que as mulheres com idade avançada prefiram a cesariana devido à praticidade do procedimento, pois entende-se que atualmente as mulheres estão deixando para ter filhos mais velhas devido ao desejo de atingirem a estabilidade econômica antes da maternidade e, portanto, tornaram-se mais práticas, exigindo maior rapidez e controle sobre o processo de parturição. Além disso, acredita-se que tenham medo de resultados perinatais desfavoráveis, que fazem parte da crença popular, porque por muitos anos acreditou-se que mulheres mais velhas não seriam capazes de parir. No entanto, atualmente sabe-se que os fatores de saúde maternos e psicossociais podem influenciar mais sobre a via de parto do que somente a questão da idade avançada. A qualidade do pré-natal e da assistência obstétrica fornecida às gestantes com idade avançada podem ser mais relevantes do que a idade propriamente dita para a escolha da via de parto.

Encontrou-se associação estatística significativa entre escolaridade e preferência pelo parto natural em alguns estudos <sup>10-11</sup>, apesar dessa não ser a realidade do presente estudo. A maior instrução pode possibilitar um aumento da informação acerca do ciclo gravídico e do processo de parturição e gerar aumento na capacidade de escolha da via de parto mais apropriada para a mulher.

Em relação a paridade, um estudo <sup>30</sup> não encontrou associação estatística significativa com o desfecho da gestação, dado contraditório ao das mulheres entrevistadas nesse estudo. Já

no que se refere ao tipo de parto anterior, nesse e em outro estudo <sup>10</sup>, esta variável esteve associada ao tipo de parto atual desejado. Acredita-se que a experiência de parto anterior pode ser um motivador para a escolha atual da mulher. Embora não seja possível fazer inferências acerca destes dados, estas associações podem estar relacionadas com a satisfação da mulher em relação à experiência de parto anterior.

Para tanto, se há o desejo de que as mulheres optem pelo parto vaginal, é importante avaliar sua história passada, seu relato sobre o parto e buscar situações que possam ter afetado, tanto física quanto emocionalmente esta mulher, trabalhando estes dados a fim de encorajar a mulher a tomar a melhor decisão sobre o seu tipo de parto e sobre o seu corpo.

## **CONCLUSÃO**

Os achados deste estudo mostraram que a via de parto preferida pelas puérperas foi a vaginal, sobretudo as mulheres que já haviam passado por este tipo de parto.

O motivo mais frequente para a preferência pela cesariana foi a dor do trabalho de parto, e para a preferência pelo parto vaginal foi a melhor recuperação no pós-parto.

Poucas mulheres demonstraram conhecer os riscos para a si e para o recém-nascido relacionados à via de parto a qual foram submetidas.

Observou-se também que as mulheres tiveram baixa participação na decisão da via de parto e que o número de gestações e o tipo de parto anterior tiveram associação estatística significativa com o tipo de parto desejado. Estes dados reforçam que, para haver uma mudança na assistência obstétrica atual, é de suma importância que os processos educativos durante o pré-natal sejam ampliados e que as mulheres recebam informações adequadas sobre o ciclo gravídico-puerperal. Além disso, é urgente que os profissionais que atuam na assistência ao pré-natal, principalmente o enfermeiro, abordem os direitos da parturiente, para que ela sinta-se empoderada e possa exercer seu papel social dentro e fora das maternidades.

Para reduzir os índices de cesarianas no Brasil, é necessário empoderar as mulheres por meio de informações sobre os tipos de parto, seus riscos e benefícios, baseadas nas melhores evidências disponíveis. Nesta contexto, o profissional de enfermagem tem um papel singular e ampliar a atuação destes profissionais na atenção a gestação e ao parto pode contribuir com a redução da assimetria entre equipe de saúde e paciente no momento do nascimento.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
2. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnolato OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Rev. RENE 2014 mar./abr; [citado 2014 mai 10]; 15(2):[aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>
3. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto contexto - enferm. 2012 abr./jun; [citado 2014 mai 10]; 21(2):[aprox. 9 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200010&script=sci_arttext)
4. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) 2013. [citado 2015 mai 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/f08.def>
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
6. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização no pré-natal e nascimento. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
7. Nascimento NM. A contribuição das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011; [citado 2014 out 19]. Disponível em: [http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2459](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2459)
8. Gouveia HG, Gonçalves AC. Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Projeto em andamento.
9. 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. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2014; [citado 2014 mai 20]; 30(supl.1):[aprox. 16 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>
10. Iorra MRK, Namba A, Spillere RG, Nader SS, Nader PJH. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. Revista Amrigs [periódico na internet]. 2011 jul./set; [citado 2014 dez 19]; 55(3):[aprox. 9 telas]. Disponível em:

<http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956->

[Revista\\_AMRIGS\\_3\\_artigo\\_original\\_aspectos\\_relacionados.pdf](#)

11. Junior TL, Stefani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev. bioét. (imp.)*. 2013 set-dez;21(3):509-17.
12. Yee LM, Kaimal AJ, Houston KA, Wu E, Thiet MP, Nakagawa S et al. Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnantwomen. *Am J Obstet Gynecol* [periódico na internet]. 2015 mar; [citado 2015 mai 30]; 212(3):[aprox. 24 telas]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25446662>
13. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2011 fev; [citado 2015 jun 20]; 45(1):[aprox.9 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100021&script=sci_arttext)
14. Darós DZ, Hess PT, Sulzbach P, Zampieri MFM, Daniel HS. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. *Rev. eletrônica enferm.* [periódico na internet]. 2010; [citado em 2014 nov. 10]; 12(2):[aprox.6 telas]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10355/6914>
15. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013;35(6):
16. Santos JO, Seelmamm HT, Shimo AKK. Opinião de estudantes de nutrição sobre a preferência pela via de parto. *Rev. enferm. atenção saúde.* 2013; 2(1):60-74.
17. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciênc. saúde coletiva.* [periódico na internet]. 2010 mar; [citado 2015 mai 20]; 15(2):[aprox.8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/16.2%20priscila.pdf>
18. Bessa LF, Mamede MV. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? *Rev. baiana enferm.* 2010 jan-dez;24(1, 2, 3):11-22.
19. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU rev.* 2010 out-dez;36,(4):296-306.
20. Gayeski ME, Brüggermann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto - enferm.* [periódico na internet]. 2010; [citado 2015 mai 03]; 19(4):[aprox.8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>
21. Organização Mundial da Saúde (SUI). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.* 1ª ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
22. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto contexto - enferm.* [periódico na internet] 2010 jul-set; [citado 2015 abr 10]; 19(3):[aprox.8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3>
23. Sodré T, Merighi MAB, Bonadio ICE. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 2012; 11(suplem):115-20.
24. Ferraza L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2012;36(2):527-38.
25. Barros MLB, Franco V. Decisão no parto por cesariana: estudo qualitativo exploratório. *INFAD* [periódico na internet]. 2013 [citado 2015 jun 15]; 2(1):[aprox. 8 telas]. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10374>
26. Reis SLS, Penteado CEM, Chantkin MN, Estrela MS, Porto PG, Munaret MM. Parto normal x Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. *Rev. AMRIGS.* [periódico na internet]. 2009 [citado 2015 jun 10]; 53(1):[aprox.. 4 telas].

Disponível em: [http://www.amrigs.com.br/revista/53-01/08-262-parto\\_normal\\_x\\_parto\\_cesario.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/53-01/08-262-parto_normal_x_parto_cesario.pdf)

27. Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36(2):65-71.

28. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014; [citado 2015 mai 30]; 30(suplem.):[aprox. 16 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>

29. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009; 31(7):326-34.

30. Dweik D, Girasek E, Töreki A, Mészáros G, Pál A. Women's antenatal preferences for delivery route in a setting with high cesarean section rates and a medically dominated maternity system. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2014 abr;90(4):408-15.

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer a via de parto preferida pelas puérperas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A preferência majoritária foi pela via vaginal. No entanto, observa-se que a prática atual obstétrica contrapõe estes dados.

Constatou-se ainda que a principal motivação das participantes para sua preferência pelo parto vaginal foi a rápida e melhor recuperação no pós-parto. E as mulheres que preferiram a cesariana tiveram como motivação evitar a dor do trabalho de parto.

Observou-se que poucas mulheres acreditaram ter participado do processo de decisão sobre o tipo de parto ao qual foram submetidas. Assim como poucas delas demonstraram conhecer os riscos para sua saúde e a do bebê inerentes à via de parto a qual foram submetidas.

Referente às características da amostra, constatou-se associação estatística positiva entre o número de gestações e o tipo de parto anterior com o tipo de parto desejado pelas mulheres.

Os achados deste estudo reforçam a ideia de que, para haver uma mudança da assistência obstétrica atual no Brasil, é de suma importância que os processos educativos durante o pré-natal sejam ampliados e que as mulheres recebam informações sobre o ciclo gravídico-puerperal. Além disso, é urgente que os profissionais que prestam assistência no pré-natal abordem os direitos da parturiente para que, ela esteja empoderada e possa exercer seu papel social dentro e fora das maternidades. Desse modo, o conhecimento das mulheres sobre a gestação e parto pode possibilitar a sua maior satisfação durante o parto e contribuir com futuras decisões sobre a melhor forma de parir.

A participação das mulheres na decisão sobre o parto e o seu conhecimento sobre os riscos e benefícios das diferentes vias de parto são temas pouco estudados, embora sejam de grande importância. Por isso, sugere-se novos estudos que abordem estas temáticas, para que seja possível avaliar o conhecimento da mulher sobre os desfechos perinatais.

Recomenda-se ainda que os profissionais de saúde trabalhem de forma a ampliar a educação perinatal, visando atender as necessidades das mulheres no período da gestação, o que pode resultar num melhor para fazer escolhas adequadas para o desenvolvimento e desfecho de sua gestação. É direito das mulheres participarem da tomada de decisão sobre o seu parto embasada nas melhores informações disponíveis e cabe aos profissionais de saúde encorajá-las a serem autônomas neste processo.



## REFERÊNCIAS

- BARROS, Maria L. B.; FRANCO, Vítor. Decisão no parto por cesariana: estudo qualitativo exploratório. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, Espanha, v.2, n.1, p. 673-680, 2013.
- BEHRUZI, Roxana et al. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Londres, v. 10, n. 25, p. 1-18; 2010.
- BENUTE, Gláucia R. G. et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n.6, p. 281-285, 2013.
- BESSA, Lucineide F.; MAMEDE, Marli V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 11-22, jan-dez., 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Caderno nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. DATASUS. **Informações de Saúde**. Nascidos vivos, 2013. Disponível na Internet: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2013/f08.def>>  
Acesso em: 25 mai. 2015.

BUSANELLO, Josefina et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n. 4 p. 807-814, dez., 2011.

CARDOSO, Priscila O. et al. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 427-435, mar, 2010.

DARÓS, Daiane Z. et al. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 308-314, 2010.

DIAS, Marcos A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.27, n.5, p. 1042-1043, 2011.

DOMINGUES, Rosa M. S. M. 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**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014. Suplemento.

DWEIK, Diana et al. Women's antenatal preferences for delivery route in a setting with high cesarean section rates and a medically dominated maternity system. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Scandinávia, v. 90, p.408-415, 2014.

FARIA, Renata M. O.; SAYD, Jane D. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2421-2430, 2013.

FERRAZA, Lucimare; BORDIGNON, Mairara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012.

FIGUEIREDO, Nathália S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010.

GAYESKI, Michele E.; BRÜGGERMANN, Odaléa M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, out./dez. 2010.

GOUVEIA, Helga G.; GONÇALVES, Annelise C. **Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário**. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Enfermagem, 2013. 54f. Não publicado. Projeto em andamento.

HADDAD, Samira E. M. T.; CECATTI, José G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 252-262, maio, 2011.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Histórico**. [2014]. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97>>. Acesso em: 27 set. 2014.

IORRA, Maria R. K. et al. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. **Revista da Amrigs**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 260-268, jul./set. 2011.

JUNIOR, Teodoro L.; STEFFANI, Jovani A., BONAMIGO, Elcio L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013.

KLEIN, Carlos H.; BLOCH, Katia V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, Roberto de A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 125-150.

KNUPP, Virgínia M. A. O.; MELO, Enirtes C. P.; OLIVEIRA, Rejane B. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 39-44, 2008.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 192-207, 2014. Suplemento.

LEAL, Maria C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 17-47, 2014.

MALHEIROS, Paolla A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2 p.329-337, abr./jun. 2012.

MARTINS-COSTA, Sérgio H.; RAMOS, José G. L.; SALAZAR, Cristiano C. Cesariana. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011. Cap. 3, p. 390-410.

MOURA, Fernanda M. J. S. P. de et al. Percepção das puérperas sobre o parto normal em uma maternidade. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí**, Piauí, v. 1, n. 3, p. 194-200, set./dez. 2012.

NASCIMENTO, Natália M. do. **A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender**. 2011. 19f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <[http://www.btd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2459](http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2459)>. Acesso em: 19 out. 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra (SUI): OMS, 1996.

ONIAS, Juvercina M. T. C.; CARVALHO, Jair A.; ESCOBAR, Karin A. A. Humanização e integralidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 6, n. 1, pub. 2, jan. 2013.

PATAH, Luciano E. M.; MALIK, Ana M., 2011. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p. 01-09, fev. 2011.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002.

REIS, Sílvio L. S. et al. Parto normal x Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 7-10, 2009.

REIS, Zilma S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 65-71, 2014.

RIBEIRO, Elen D. L. M. et al. Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, Maranhão: via de parto predominantemente em outubro e novembro de 2013. **Journal of Management and Primary Health Care**, Pernambuco, v. 5, n. 2, p. 195-201, 2014.

ROSSIGNOL, Michel et al. Interrelations Between Four Antepartum Obstetric Interventions and Cesarean Delivery in Women at Low Risk: A Systematic Review and Modeling of the Cascade of Interventions. **Birth**, Canadá, n. 41, v. 1, p. 70-78, mar. 2014.

SAKAE, Thiago M.; FREITAS, Paulo F.; D'ORSI, Eleonora. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 472-480, 2009.

SANFELICE, Clara F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, Ceará, v. 15, n. 2, p. 361-370, mar./abr. 2014.

SANTOS, Graciete H. N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS, Jaqueline. O.; SEELMANN, Hertha T.; SHIMO, Antonieta K. K. Opinião de estudantes de nutrição sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, São Paulo, v.2, n.1, p. 60-74, 2013.

SHIMIZUL, Helena E.; LIMA, Maria G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, maio/jun. 2009.

SODRÉ, Thelma M. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452-460, jul./set. 2010.

SODRÉ, Thelma M.; MERIGHI, Miriam A. B.; BONADIO, Isabel C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p.115-120, 2012. Suplemento.

SOUZA, Alex S. R.; AMORIM, Melania M. R.; PORTO, Ana M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 505-516, set. 2010.

SOUZA, Taísa G.; GAÍVA, Maria Aparecida M.; MODES, Priscilla S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, set. 2011.

VARGAS, Priscilla V. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Revista de pesquisa o cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1021-1035, 2014.

VIELLAS, Elaine F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85–100, 2014.

YEE, Lynn M. et al. Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnantwomen. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 212, n. 3, p. 377 (e1-e24), 2015.

**ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**“FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO”**

Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_ Registro hospitalar: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: |\_\_|\_|/|\_\_|\_|/|\_\_|\_|

Horário da entrevista: |\_\_|\_|/|\_\_|\_|

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES OBTIDAS COM A PUÉRPERA**


**Dados da puérpera**

160. Idade (em anos completos)	__
161. Cor da pele (auto-denominada):  [1] Branca  [2] Preta  [3] Parda/morena/mulata  [4] Amarelo  [5] Indígena	__
162. Escolaridade (série/anos completo)  [0] Sem escolaridade (menos de um ano)  <i>Ensino Fundamental</i> <i>Ensino Médio</i> <i>Superior</i>  [1] 1º série    [5] 5º série                      [9] 1º série                      [12] 1º ano  [2] 2º série    [6] 6º série                      [10] 2º série                      [13] 2º	__



<p>199. Participou da decisão sobre o tipo de parto atual?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[88] Não soube informar</p>	_
<p>200. Sabe se existem riscos para você relacionados ao tipo de parto o qual foi submetida?</p> <p>[1] Sim, tem riscos</p> <p>[2] Acho que não tem riscos</p> <p>[88] Não soube informar (não sabe se tem riscos)</p>	_
<p>201. Se sim, quais os riscos?</p>	
<p>202. Sabe se existem riscos para seu bebê relacionado ao tipo de parto o qual foi submetida?</p> <p>[1] Sim, tem riscos</p> <p>[2] Acho que não tem riscos</p> <p>[88] Não soube informar (não sabe se tem riscos)</p>	_
<p>203. Se sim, quais os riscos?</p> <p>[77] Não se aplica</p>	



**ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem do Projeto Maior**

**UFRGS**

- Linhas de Pesquisa
- Projetos de Pesquisa**
- Áreas de Atuação
- Bolsas de Pesquisa
- Programa de Iniciação Científica Voluntária
- Programa de Fomento à Pesquisa (auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

**Projeto Nº:** 23998

**Título:** FATORES ASSOCIADOS A REALIZACAO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Projeto aprovado em 14/11/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM**

[Vizualizar Parecer](#)

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

### COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 120466

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

HELGA GEREMIAS GOUVEIA  
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES  
SARA OLIVEIRA PINHEIRO  
BRUNA ALIBIO MORAES  
JULIANA MANERA SARAIVA  
JESSICA KASPER FERNANDES  
FERNANDA PIRES WEBSTER

**Título:** FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczinski  
Coordenador GPPG/HCPA

## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em hospital universitário” de responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo pretende analisar os fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre/RS.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria do atendimento, e não envolve riscos à sua saúde física e/ou mental, a não ser a aplicação de um questionário.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, informações do seu pré-natal, da admissão no centro obstétrico, intervenções realizadas durante o trabalho de parto, dados do parto e do recém-nascido e de seu conhecimento sobre os tipos de parto e ainda consultar algumas informações na sua carteira pré-natal, em seu prontuário e de seu bebê sobre o parto e nascimento. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 minutos.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

Em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Helga Geremias Gouveia pelo telefone (51) 3308-5422, email: helga.gouveia@ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras: Annelise de Carvalho Gonçalves, Bruna Alibio Moraes, Jéssica Kasper Fernandes e Juliana Manera Saraiva. Telefone: (51) 3308-5428.

Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8304.

Eu \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistada: \_\_\_\_\_

Nome do responsável no caso de menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável no caso de menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador entrevistador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador entrevistador: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ANEXO E – Termo de Consentimento de Uso de Dados

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS DE PESQUISA

Eu, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helga Geremias Gouveia, coordenadora da pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário”, aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, autorizo Fernanda Kottwitz, acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, a utilizar banco de dados do referido estudo no que se refere às variáveis descritas no Projeto de Pesquisa “Via de parto preferida por puérperas de um hospital universitário do sul do país”.

Porto Alegre, 14 de novembro de 2014.



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Helga Geremias Gouveia

## ANEXO F – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem II

### Dados Gerais:

<b>Projeto Nº:</b>	28324	<b>Título:</b>	VIA DE PARTO PREFERIDA POR PUERPERAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO PAÍS
<b>Área de conhecimento:</b>	Enfermagem Obstétrica	<b>Início:</b>	05/01/2015
<b>Situação:</b>	Projeto em Andamento	<b>Previsão de conclusão:</b>	31/07/2015
<b>É subprojeto do projeto:</b>	23998 - FATORES ASSOCIADOS A REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	<b>Não possui subprojetos</b>	
<b>Origem:</b>	Escola de Enfermagem	<b>Projeto da linha de pesquisa:</b>	Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
<b>Local de Realização:</b>	não informado	<b>Projeto sem finalidade adicional</b>	
		<b>Projeto não envolve aspectos éticos</b>	
<b>Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.</b>			
<b>Objetivo:</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> <p>Conhecer a preferência das mulheres pelo tipo de parto e sua motivação.</p> </div>		

### Palavras Chave:

SAÚDE DA MULHER; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; PARTO

### Equipe UFRGS:

Nome: HELGA GEREMIAS GOUVEIA  
 Coordenador - Início: 05/01/2015 Previsão de término: 31/07/2015

### Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 17/12/2014. [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

### Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 08/12/2014
Instrumento de Coleta de Dados	Data de Envio: 08/12/2014
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Data de Envio: 08/12/2014
Concordância de Instituição	Data de Envio: 08/12/2014

## ANEXO G – Normas de Submissão da Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem



### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Política editorial
- Composição de manuscritos (forma e preparação)
- Envio de manuscritos

ISSN 1414-8145 versão impressa  
ISSN 2177-9465 versão online

**Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** é um veículo de difusão científica mantido pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sua finalidade é publicar trabalhos originais relativos à Enfermagem, Saúde e outras áreas de conhecimento com interfaces na Saúde e na Enfermagem.

*Apresentação de manuscrito.* Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

*Responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito.* Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista, Editor Científico, Editor Assistente e Editores Associados. Para tanto, os autores deverão submeter seu artigo através do ScholarOne SciELO, acessado no link da página eletrônica da revista: [www.revistaenfermagem.eean.edu.br](http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br) ou diretamente na página da Scielo: <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* <http://publicationethics.org/>. Segundo o previsto no artigo 184 do Código Penal e no artigo 7º parágrafo terceiro da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (Vide Lei nº 12.853, de 2013) que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais, o plágio acadêmico é um crime.

*Propriedade do manuscrito.* Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista estando vedadas a reprodução ou tradução parcial ou total dos mesmos, sem a prévia

autorização deste Periódico.

a) *Autorização para publicação total ou parcial* (citações textuais com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações) em outros veículos (impressos e/ou eletrônicos) requer prévia autorização por escrito, por seus editores e do(s) autor(es) do manuscrito.

b) *Reprodução ou tradução total ou parcial de texto* (citações com mais de 500 palavras, figuras, gráficos, tabelas e outras ilustrações), publicado em outro veículo, requer prévia autorização por escrito, por seus editores e do(s) autor(es) do manuscrito.

*Decisão sobre a publicação.* O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decisão sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentam os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

*Atendimento aos preceitos da ética em pesquisa.* O artigo deverá conter informações explícitas sobre os preceitos éticos da pesquisa, de acordo com as diretrizes e marcos regulatórios de cada país.

a) O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo, na barra do “supplementary file”, a cópia de documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estudos realizados até o ano de 2012 e Resolução n.º 466, de 2012, do CNS, a partir do ano de 2013).

b) Os artigos de pesquisa desenvolvido em outros países, seus autores devem atender a regulação da ética em pesquisa do país, enviando cópia de documento comprobatório de sua aprovação, anexando-a na barra do “supplementary files”.

*Conflito de interesse.* Os autores são responsáveis por reconhecer e informar ao Conselho Editorial sobre a existência de **conflitos de interesse** que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito.

a) Relações financeiras de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, conforme disponível no sistema ScholarOne, no passo-a-passo da submissão do manuscrito. Conflitos de interesse financeiro, (quando envolve financiamento com recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras

motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

*Revisão por pares.* O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores, pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisores. A análise pelos revisores é feita com base em instrumento próprio do Sistema de submissão.

*Atendimento aos critérios de cientificidade reconhecidos internacionalmente.* A redação científica do artigo deverá atender aos critérios disponíveis no *checklist* publicado nas páginas eletrônicas a seguir, de acordo com o tipo de manuscrito:

- a) Para a publicação de manuscritos resultantes de **pesquisas/ensaios clínicas**, é obrigatório que os autores apresentem comprovação de registro da pesquisa clínica ou de sua submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>, em cumprimento a RDC da Anvisa nº 36, de 27 de junho de 2012. ([http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036\\_27\\_06\\_2012.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036_27_06_2012.html)). Para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS). É obrigatório a informação do número de registro ao final do resumo na versão em português.
- b) Para estudos clínicos randomizados, observar as diretrizes disponíveis em: <http://www.consortstatement.org/checklists/view/32-consort/66-title>
- c) Para estudos observacionais e epidemiológicos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
- d) Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349/T1.expansion.html>
- e) Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponíveis em: <http://prisma-statement.org/statement.htm>

**Público-alvo:** Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais.

### **Composição de manuscritos (forma e preparação)**

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12, layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm). Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo por meio do Sistema de Submissão, acompanhado de carta de *proof reader* do tradutor.

### **Categorias de manuscritos**

*Pesquisa Original:* relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e



concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional contendo:

(a) *Introdução*: apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) *Revisão da literatura*: selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) *Método*: incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) *Resultados*: os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) *Discussão*: pode ser redigida juntamente com os resultados, a critério do(s) autor(es). Deve destacar a compatibilidade entre os resultados e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) *Conclusões e implicações para a prática*: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo. Outros formatos de pesquisa poderão ser aceitos, quando pertinentes à natureza do estudo. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

(g) Agradecimentos as fontes de financiamento (direto) ou de apoio (cessão de materiais e produtos para o desenvolvimento do estudo), seja público ou privado, para a realização do estudo é recomendado, devendo-se registrar a cidade, estado e país. Os agradecimentos das agências de fomento podem ser especificados, indicando-se qual(is) autor(es) obteve o recurso. Por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de doutorado, entre

outras: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de doutorado). Caso a pesquisa/estudo não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, deve-se declarar: “pesquisa sem financiamento”.

*Reflexão*: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas, de acordo as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

*Relato de experiência*: refere-se às descrições de experiências relacionadas a casos clínicos de cuidado de enfermagem, assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem, da saúde ou com interfaces nestas áreas, para divulgação de aspectos inéditos e originais. Os manuscritos de relato de experiência poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

*Ensaio (Essay)*. Texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada. Deverá apresentar um título, resumo de 150 palavras, Introdução, corpo do texto, Conclusões e Referências, no máximo de 20 laudas com espaço duplo de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

Nessa modalidade de manuscrito, o autor tem a oportunidade de defender uma tese sobre tema de seu domínio ou responder a uma pergunta. A relevância e originalidade da tese ou da pergunta deverão articular-se com o estado-da-arte, desde a Introdução. As seções que compõem o ensaio devem ser pertinentes, coerentes, consistentes e demarcarem uma contribuição para o estatuto do conhecimento no campo em que a tese ou a pergunta foi formulada. Os argumentos adotados para a sustentação da tese ou da resposta à pergunta precisam fundamentar-se em referenciais teórico-filosóficos e/ou marcos conceituais amplamente difundido na literatura científica mundial. A conclusão ou comentários finais são indispensáveis nessa modalidade de manuscrito.

*Revisão Sistemática*: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins fundamentada na literatura considerada pertinente e relevante. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

## Forma

*Citações no texto.* As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

Ex.: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1</sup>

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir:

Ex.: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1-5</sup>

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

Ex.: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1-3,6</sup>

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada cujo número da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo aa seguir:

Ex.: As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>3:16-18</sup>

*O autor(es) deverá observar também os seguintes critérios:*

a) até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Ex.: Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das “ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades”.<sup>3:16-18</sup>

b) mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto

do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Ex.:Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito deve:

destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>3:16-18</sup>

c. Os dados empíricos recortados em pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras, números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países.

Ex.: [...] os usuários desse serviço de saúde são bastante consciente da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

*Notas de rodapé:* deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

*Resumos e descritores:* devem conter até 150 palavras para manuscritos de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio (Essay), acompanhados das versões em espanhol (*resumen*) e inglês (*abstract*). Os resumos devem ser informativos de acordo com a NBR 6028 da ABNT, de novembro de 2003, para manuscritos nacionais. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados, conclusões e implicações para a prática. Para manuscritos internacionais, o resumo informativo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Os descritores são palavras fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 descritores. Após a seleção desses descritores, sua existência em português, espanhol e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). A terminologia para os descritores deve ser denominada no manuscrito como se segue: palavras-chave, palabras claves e keywords.

*Referências bibliográficas:* A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

### **Exemplos de acordo com estilo Vancouver.**

#### Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1995.

#### Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

#### Obra de autoria institucional ou entidade coletiva:

Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

#### Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul (SP): Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

#### Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadores. Índicios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.

#### Livro com edição:

Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

#### Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago;7(2):156-66.

#### Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockey R, Sidani S, Laurie-Shaw B et al. The reliability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 feb;23(1):43-54.

Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Cabral IEC. Cuidando y educando para la ciudadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em:

<http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>

Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22];11(4):[aprox.8 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci_abstract&tlng=pt)

Artigo de periódico científico no prelo:

Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.

Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo). 2003 out 29; 36(43):95-113.

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery. 2003 dez;3(7):309-10.

Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:

Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife (PE): ABEn; 2000. p. 13.

Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:

Barreira IB , Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificização da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem.10º Congresso Panamericano de Enfermería; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 2000. p. 295-311.

Dissertação, tese e monografia acadêmica:

Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro;

1993.

Dissertação e tese em material eletrônico:

Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS [CD-ROM, dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Trabalho em material eletrônico:

Motta MCS, Marin HF, Zeitoune RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbete de dicionário:

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:

Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro: ABEn (RJ); 2000. N° 2014-0139-2824.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião realizada no dia 01 abr 1976. Livro 50, p. 21. Implantação de projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 1976 abr 01.

Documento jurídico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Documento jurídico de meio eletrônico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 4 jul 2008]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)

**Para abreviações de títulos de periódicos:**

- [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)

- [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)

- International Nursing Index- Index Medicus

*Tabelas:* Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a cinco (5) no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo \*. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel.

*Gráficos e Imagens (Fotografias):* Largura igual ou superior a 1000 pixel, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão **JPG, GIF, PNG, PSD** ou **TIF**. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

### **Envio de manuscritos**

**Envio de manuscritos – Antes de submeter o manuscrito, o(s) autor(es) poderão consultar o tutorial do Sistema ScholarOne disponível na página da revista.**

#### **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**

Secretaria Administrativa

Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 20.211-110

Tel.: + 55 (21) 2293-0528 / Ramal: 109

Fax: + 55 (21) 2293-8999

E - mail: [annaneryrevista@gmail.com](mailto:annaneryrevista@gmail.com)

Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/ean/pinstruc.htm>