

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

MANUELA BEATRIZ VELHO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO NORMAL E DA
CESÁREA PARA MULHERES QUE OS VIVENCIARAM**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

MANUELA BEATRIZ VELHO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO NORMAL E DA
CESÁREA PARA MULHERES QUE OS VIVENCIARAM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dr.^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

V436r Velho, Manuela Beatriz

Representações sociais do parto normal e da cesárea para
mulheres que os vivenciaram [dissertação] / Manuela Beatriz
Velho ; orientadora, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.
- Florianópolis, SC, 2011.

136 p.: quadros

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Parto normal. 3. Cesariana. 4. Percepção.
5. Conduta. 6. Pesquisa Qualitativa. I. Santos, Evangelia
Kotzias Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

CDU 616-083

MANUELA BEATRIZ VELHO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO NORMAL E DA
CESÁREA PARA MULHERES QUE OS VIVENCIARAM**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 18 de fevereiro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

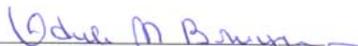
Banca Examinadora:



Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente



Dr. Brígido Vizeu Camargo
Membro



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro

DEDICO este trabalho...

A minha família... vocês são o meu porto seguro, a minha paz, o meu encontro... Ao lado de vocês, eu me sinto bem! Viver dentro dessa família, me faz entender o que realmente significa estar ao lado... não importa o que aconteça... sempre terei um lugar para voltar...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Helio e Roseli, que juntos iniciaram uma caminhada, tiveram seus filhos e nos proporcionaram viver em família. Com seus ensinamentos, nos mostraram o caminho e nos deram apoio. Vocês, para mim, são exemplos de vida, são pessoas de quem eu sempre quero estar ao lado.

Às minhas irmãs, Ana Elisa e Larissa, lembranças de nossa infância, crescer ao lado de vocês me preparou para o mundo e também me fez mais feliz. Saibam que a maturidade nos fez muito bem, seguimos e respeitamos os ensinamentos de nossos pais e agora sabemos que temos umas as outras... Isso me dá maior tranquilidade.

À professora Evangelia, por ter me acolhido como orientanda e pela sabedoria em aceitar o meu tempo, as minhas angústias e estimular o desenvolvimento das minhas potencialidades. Agradeço pelo carinho, pelas orientações e pela sua importante contribuição durante todo esse processo de aprendizagem.

Às professoras Maria Emília e Odaléia, com quem muito me identifico e sempre estiveram perto de mim nessa caminhada, de forma tão carinhosa... Suas palavras e seus gestos foram muito importantes para mim.

Ao professor Brígido, que me apresentou a teoria das representações sociais, de forma exemplar. É possível perceber a profunda dedicação ao seu trabalho, um verdadeiro mestre, que compartilha seus conhecimentos.

Aos membros da banca: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra. Odaléia Maria Brüggemann, Dr. Brígido Vizeu Camargo, Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri, Dda. Vânia Sorgatto Collaço dos Santos, pela disponibilidade em prontamente aceitarem o convite para contribuir com este trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela competência e compromisso com a qualificação da Enfermagem.

Às Hanamigas, que me acolheram de braços abertos e me mostraram o verdadeiro poder das mulheres, durante o gestar e parir... Vocês sabem que as considero a minha família, em Florianópolis.

Às colegas de mestrado, especialmente a Margarete, Joyce e Cilene, pelos momentos de crescimento compartilhados. Tem um pouquinho de cada uma de vocês nesse trabalho.

Aos colegas do GRUPESMUR, pelo apoio e incentivo encontrados.

Aos meus alunos, que a curiosidade e o anseio de aprender estejam sempre presentes em suas trajetórias. Seus questionamentos me trouxeram reflexões.

A todas as mulheres que aceitaram participar desta pesquisa e compartilharam momentos tão especiais de suas vidas.

Aos meus amigos, por estarem sempre ao meu lado, mesmo estando longe.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

E, especialmente, a Deus por me permitir ser e estar aqui e agora.

VELHO, Manuela Beatriz. **Representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram.** 2011. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Ao longo da história da humanidade, o nascimento foi compreendido como um evento natural, de caráter íntimo e privado, compartilhado entre as mulheres e seus familiares. Com o desenvolvimento da obstetrícia de forma técnica e científica, o nascimento passou a ser dominado pelo homem, havendo incentivo à hospitalização e intensa medicalização do corpo feminino, o que resultou na perda de autonomia e do protagonismo da mulher, na cena do parto. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde preconiza que o objetivo da assistência ao parto normal é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção, compatível com a segurança. Este estudo teve como objetivos: identificar a contribuição das pesquisas, desenvolvidas em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram; e conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram. Para atingir o primeiro objetivo, realizou-se uma revisão integrativa, com a busca de artigos nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL e INDEXPSI, no período de 2000 a 2009, com seleção e inclusão de 17 estudos. Para o segundo objetivo, realizou-se uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, embasada no referencial teórico das representações sociais. Foram realizadas entrevistas episódicas nos Centros de Saúde, Unidade de Educação Infantil ou domicílio da participante, conforme seu consentimento, entre julho a outubro de 2010. Participaram da pesquisa mulheres que vivenciaram ambas as vias de parto. A amostra totalizou 20 participantes, determinada por saturação teórica durante a coleta e análise de conteúdo realizada. Os resultados foram apresentados em dois artigos. No artigo 1, na revisão integrativa, os resultados apresentam aspectos positivos, negativos e gerais a respeito dos eventos, como: o protagonismo da mulher e a melhor recuperação no parto normal, a

ausência de dor na cesárea, a insatisfação com a assistência recebida, assim como apresenta as recomendações para a prática e sugestão de novas pesquisas. No artigo 2, os resultados revelam, na vivência da maternidade: a importância de buscar informações; o vivenciar da parturição sozinha versus auxílio/apoio no nascimento; que a mulher não tem opção de escolha; e a forma de atendimento recebido. O parto normal engloba temas centrais como: ambivalência de sentimentos, percepção positiva, dificuldades enfrentadas e hospitalização. Na cesárea os temas centrais encontrados foram: a ambivalência de sentimentos, a cesárea é mais complicada, a cesárea como a solução de um problema e a preferência pela cesárea. Os estudos da revisão integrativa enumeram características da assistência, que podem contribuir com maiores níveis de satisfação e destacam o papel da enfermeira obstétrica no processo de gestação, parto e puerpério. Os resultados da pesquisa de campo apontam que não se pode associar as elevadas taxas de cesárea, encontradas na atualidade da assistência obstétrica brasileira, a uma solicitação ou desejo das mulheres. É salutar o desenvolvimento de pesquisas, a partir da percepção e da opinião de mulheres, para a compreensão desses eventos, para que direcionem, fundamentem e aprimorem a assistência profissional, ao validar as necessidades da clientela.

Palavras-chave: Parto Normal. Cesárea. Percepção. Enfermagem. Comportamento Social. Pesquisa Qualitativa.

VELHO, Manuela Beatriz. **Representaciones sociales acerca del parto normal y de la cesárea de las mujeres que los experimentaron.** 2011. 136 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Prof^a. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

A lo largo de la historia humana, el nacimiento fue entendido como un acontecimiento natural, de carácter íntimo y privado, compartido entre las mujeres y sus familias. Con el desarrollo técnico y científico de la obstetricia, el nacimiento fue dominado por el hombre, con incentivo para la hospitalización y medicalización del cuerpo femenino, lo que resultó en la pérdida de autonomía y el papel de la mujer en la escena del parto. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud recomienda que el objetivo del parto vaginal asistido es tener una madre y un niño saludable, con el menor nivel posible de intervención, compatible con la seguridad. Este estudio tuvo como objetivos: identificar la contribución de las investigaciones desarrolladas, a nivel nacional e internacional, sobre la percepción acerca del parto vaginal y de la cesárea de las mujeres que los han experimentado, y comprender las representaciones sociales del parto vaginal y de la cesárea de las mujeres que lo experimentaron. Para lograr el primer objetivo, se llevó a cabo una revisión integradora, con una búsqueda de artículos en las bases de datos MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL y INDEXPSI en el período 2000 a 2009, con la selección y la inclusión de 17 estudios, para la extracción de datos. Para el segundo objetivo, se realizó un estudio descriptivo, cualitativo, basado en la teoría de las representaciones sociales. Las entrevistas episódicas se realizaron en Centros de Salud, Centro de Educación Infantil, y en el hogar del participante, con su consentimiento, entre julio-octubre de 2010. Se estudió a mujeres que habían sufrido los dos tipos de parto. La muestra incluyó a 20 participantes, determinada por saturación teórica en la recolección de datos y el análisis de contenido realizado. Los resultados fueron presentados en dos artículos. En el primer artículo, una revisión integradora, cuyos resultados muestran aspectos positivos, negativos y

generales sobre los eventos, como: el papel de la mujer y una mejor recuperación en el parto normal, sin dolor en la cesárea, la insatisfacción con la atención recibida, y presenta recomendaciones para la práctica y sugerencias para futuras investigaciones. En el segundo artículo, los resultados revelan en relación a la experiencia de la maternidad: la importancia de buscar información, la experiencia de dar a luz sola en contraposición a la ayuda/asistencia durante el parto, la mujer no tiene opción de escoger, y la forma de atención recibida. El parto vaginal incluye temas tan importantes como: la ambivalencia de los sentimientos, la percepción positiva, las dificultades vividas y la hospitalización. En la cesárea los temas centrales fueron: la ambivalencia de los sentimientos, la cesárea es más complicada, la cesárea como una solución a un problema y la preferencia por la cesárea. Los estudios de la revisión integradora enumeran características de la atención que pueden contribuir a mayores niveles de satisfacción y destacar el papel de la enfermera obstétrica en el proceso del embarazo, parto y posparto. Los resultados de la investigación de campo indican que no pueden asociarse las altas tasas de cesárea encontradas actualmente en la atención obstétrica de Brasil, a una petición o deseo de las mujeres. Es saludable el desarrollo de las investigaciones desde la percepción y opinión de las mujeres, para entender estos acontecimientos, para que ellos direccionen, fundamenten y mejoren la asistencia profesional, al validar las necesidades del cliente.

Palabras clave: Parto Normal. Cesárea. Percepción. Enfermería. Conducta Social. Investigación Cualitativa.

VELHO, Manuela Beatriz. **Social representations of natural childbirth and cesarean section to women who experienced them.** 2011. 136 f. Thesis (Master's in Nursing) – Nursing Graduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 2011.

Advisor: Prof^ª. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Line of Research: Care and the process of living, being healthy, and becoming sick.

ABSTRACT

Throughout human history, birth was understood as a natural event, from intimate and private character, shared among women and their families. With the technical and scientific development of obstetrics, birth has become dominated by men. There was the incentive to hospitalization and the intensive medicalization of the female body, resulted in the loss of autonomy and protagonism of women in childbirth scene. Currently, the World Health Organization recommends that assistance at birth, should promote the least intervention possible, consistent with safe, for a healthy mother and child. This study aims to identify the contribution of research, conducted nationally and internationally, about the perception of natural childbirth and cesarean section for women who experienced them, and to understand the social representations of natural childbirth and cesarean section for women who experienced them. For the first objective it was carried out an integrative review, with a search of articles in databases MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL and INDEXPSI, from 2000 to 2009, with the selection and inclusion of 17 studies. For the second objective it was carried out a descriptive and qualitative research, based on the theory of social representations. Interviews were conducted in Health Centers, Early Childhood Education Unit or at the participant's home, from July to October 2010. Women who experienced both types of birth were interviewed. The sample included 20 participants, determined by theoretical saturation during data collection and content analysis. The results were presented in two articles. In article 1, an integrative review, the results show positive aspects, negative and general regarding events such as the women's protagonism and better recovery in natural childbirth, no pain at caesarean section, dissatisfaction with the assistance, recommendations for practice and suggestions for further research. In article 2, results show experience of motherhood: the search for information, the experience of childbirth alone versus support at

birth and that woman has no option of choice on type of birth. Natural childbirth includes central themes such as: the ambivalence of feelings, positive perception, difficulties and hospitalization. On cesarean section, the central themes were: the ambivalence of feelings, being more complicated, as a solution to a problem and the preference for cesarean section. Studies of the integrative review list characteristics of care, which may contribute to higher levels of satisfaction and point out the role of the midwife in the process of pregnancy, childbirth and postpartum. The field research indicates that the high rate on cesarean section, found in today's Brazilian obstetric care, cannot be associated to a request or desire of women. It is valuable development of studies about perceptions and opinions of women, to understand these events and therefore direct, justify and improve the professional assistance, in order to validate customer needs.

Keywords: Natural Childbirth. Cesarean Section. Perception. Nursing. Social Behavior. Qualitative Research.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, de acordo com os descritores, os objetivos e os aspectos metodológicos.	54
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	17
1 INTRODUÇÃO	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	31
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	37
3.1 ESTUDO DE REVISÃO	37
3.2 PESQUISA DE CAMPO	39
3.2.1 Contexto da pesquisa	40
3.2.2 Participantes do estudo.....	40
3.2.3 Coleta dos dados.....	41
3.2.4 Análise dos dados	42
3.2.5 Aspectos éticos	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 ARTIGO 1 - PARTO NORMAL E CESÁREA: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES	47
4.2 ARTIGO 2 – PARTO NORMAL E CESÁREA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE OS VIVENCIARAM	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES.....	99
ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

O processo de nascimento é historicamente um evento natural, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre as mulheres e seus familiares. As primeiras civilizações agregaram inúmeros significados culturais a esse acontecimento que, ao longo dos tempos e em distintos espaços, foram sendo repensados e reformulados, principalmente devido às mudanças significativas na área da medicina (BRASIL, 2001).

Em seus primórdios, o nascimento sempre foi considerado um espaço feminino, no qual as mulheres detinham o saber empírico sobre o evento, muitas vezes adquirido com sua própria experiência de parir. Algumas dessas mulheres acompanhavam o parto e puerpério e chamavam-se aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas. Eram reconhecidas na comunidade e estabeleciam relações de confiança com as parturientes, ou seja, exerciam sua prática com plena legitimidade social (GUALDA, 1994; BRENES, 1991; MELO, 1983).

Apesar de ser uma das profissões femininas mais antigas, a profissão de parteira (THÉBAUD, 2002), conhecida e reconhecida desde a antiguidade, muito pouco foi escrito sobre suas práticas, não permitindo o acúmulo de saberes a partir do conhecimento empírico dessas mulheres (MELO, 1983).

Os avanços no conhecimento teórico-prático da obstetrícia ocorreram no período do Renascimento, como resultado de estratégias políticas para o incremento dos índices de natalidade da população, visando benefícios, tais como o aumento de riquezas para as famílias e as nações. Emergem, então, interesses governamentais e eclesiásticos na regulamentação da prática das parteiras, através de concessões que buscavam estabelecer certo controle sobre sua prática gineco-obstétrica (MELO, 1983).

No final do século XVI, com o surgimento e a utilização do fórcepe pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, e a aceitação da obstetrícia como disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, ocorre o declínio da profissão de parteira. Nesse momento, tiveram início também a possibilidade de comandar o nascimento, a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista; parir passa a ser considerado um evento perigoso sendo imprescindível a presença de um médico. Afirma-se o papel do Estado e da Igreja na regulamentação dessa prática, ao exigir que as parteiras solicitassem aos cirurgiões que as assistissem, como forma de monopolizar o saber da

cura das doenças e validá-lo por meio das universidades criadas no Renascimento (OSAVA; MAMEDE, 1995).

A partir dessa hegemonia, o discurso médico da metade do século XIX, em relação à obstetrícia, caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades, despiando as mulheres de sua individualidade, autonomia e sexualidade. Foram impostas rotinas na internação como a separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, impossibilidade de deambulação e rituais de limpeza como enema e jejum. Organiza-se a assistência obstétrica como uma linha de produção, em que a mulher transforma-se em propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). “O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais” (BRASIL, 2001, p. 17).

Frente a esse quadro, observa-se, nas últimas décadas, uma variedade de práticas utilizadas para dar início, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com a intenção de melhorar os resultados maternos e perinatais. Algumas vezes, essas práticas são utilizadas para normatizar condutas, como no parto hospitalar, e são aplicadas a todos os partos de forma rotineira, com o mesmo alto grau de intervenção exigido aos casos que não apresentam complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Estas intervenções, muitas vezes desnecessárias, refletem o modelo tecnocrático de assistência obstétrica, descrito por Davis-Floyd (2010), antropóloga americana especialista em antropologia do nascimento. A autora descreve a co-existência, hoje, de três modelos no atendimento obstétrico: o modelo tecnocrático, o humanístico e o holístico, cada um deles caracterizado por 12 diferentes crenças. De forma sucinta, esse modelo tecnocrático de assistência ao parto percebe o corpo feminino como um desvio do masculino, entendido como inerentemente defeituoso, imprevisível e separado do ser, evoluindo o parto como um momento extremo e agudo de uma máquina caótica e não confiável, que necessita de intervenções habilidosas e ágeis dos profissionais. Por tornar o corpo humano mecanizado, não percebe a mulher na sua integralidade, enquanto sujeito mental e espiritual que necessita de suporte emocional. Presta-se uma assistência dependente de uma ideologia de processo tecnológico e de aspectos hierárquico, burocrático e autocrático no modelo cultural dominante, intervencionista, numa constante tensão de criar uma ilusão de segurança absoluta.

Ao rever a evolução histórica da cesárea, pode-se identificar que esse procedimento era uma alternativa para situações extremas: salvar a vida de fetos, já que as mulheres raramente sobreviviam a essas intervenções. Com o progresso nas técnicas cirúrgicas, anestésicas, hemoterapias e antibioticoterapias, a cesárea tornou-se um procedimento seguro, e sua indicação alcançou larga escala (BRASIL, 2001).

Contudo, existem evidências suficientes que permitem dizer que não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da mortalidade perinatal. Existe, portanto, uma falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal, que tem responsabilidades sobre um respaldo pseudo-científico no aumento indiscriminado da prática de cesáreas, no mundo ocidental e no Brasil (BRASIL, 2001).

Segundo Faisal-Cury e Menezes (2006), são vários os fatores associados às elevadas taxas de cesáreas na atualidade, com maior evidência nos países em desenvolvimento. Entre esses fatores destacam-se as questões médicas, os aspectos socioeconômicos, as preocupações ético-legais, as características psicológicas e culturais das pessoas envolvidas.

Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) do Brasil fornecem, em seus índices de cobertura, as proporções de partos cesáreos em âmbito nacional, desde o ano de 1994. Observa-se uma pequena variação entre os anos de 1994 e 1999, tendo como menor percentual do período o ano de 1995, com 37,67% na proporção de cesáreas, e maior percentual o ano de 1997, com 40,84%. Após o ano de 1999 (proporção de cesárea de 37,99%) houve uma lenta e gradativa evolução dessas proporções, tendo como dado mais recente o ano de 2007, quando atingiu o patamar de 47,39%; dados que tiveram como fonte o Ministério da Saúde e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, 2009).

Essas elevadas taxas de cesáreas praticadas no Brasil são confirmadas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher no ano de 2006, com dados coletados referentes aos 5 anos anteriores à pesquisa. Nesse estudo, realizou-se inquérito domiciliar nacional com, aproximadamente, 15.000 mulheres de 15 a 49 anos de idade, das quais 5.056 mulheres apresentavam dados relativos à assistência à gestação, parto, puerpério e que tiveram filhos nascidos vivos nos cinco anos anteriores à pesquisa. Os resultados apresentam uma taxa de 44% de partos cirúrgicos, sendo as taxas mais elevadas encontradas na região Sudeste (52%) e Sul (51%). Destaca-se a ampliação da assistência médica em áreas rurais, seguida do aumento de

20% para 35% de partos cirúrgicos, no período de 10 anos (BRASIL, 2008). Além desses dados, a pesquisa aponta que nas práticas assistenciais frente à gestação, parto e puerpério, há predomínio do modelo intervencionista na atenção ao parto, em detrimento da incorporação de ações que possam aliviar o sofrimento das mulheres na assistência ao parto, tais como a presença do acompanhante e o alívio da dor no trabalho de parto (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde brasileiro refere que as cesáreas realizadas por indicações médicas apresentam grande potencial na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, contudo seu uso indiscriminado tem efeito oposto, podendo consumir recursos preciosos do sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Faúndes e Cecatti (1991) afirmam que uma intervenção indicada e realizada adequadamente para proteger a vida da mãe e do bebê, torna-se perigo potencial ao ser utilizada por conveniência do médico ou da mulher. Os autores enumeram estudos nacionais e internacionais que indicam infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas entre as morbidades mais frequentes, e que consomem recursos financeiros do sistema.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada das Nações Unidas, que tem como responsabilidade primária os assuntos de saúde no âmbito internacional e saúde pública, promove a cooperação entre seus Estados Membros, o que tem proporcionado o desenvolvimento de inúmeras pesquisas relacionadas ao parto normal. Preconiza a OMS que o objetivo dessa assistência é promover o mínimo de intervenções, com segurança, para resultar em uma mãe e uma criança saudáveis, ou seja, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo fisiológico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Fundamentada nas melhores evidências disponíveis, a Organização Panamericana de Saúde e os escritórios regionais da Europa e das Américas da OMS promoveram, em 1985, uma conferência sobre a tecnologia apropriada para o nascimento, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Naquele local foi realizada uma cuidadosa revisão sobre o tema, que gerou recomendações sobre as práticas na assistência ao parto normal, relevantes para os serviços perinatais de todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Dessa forma, essas recomendações da OMS para o atendimento ao parto normal consistem na mudança de um paradigma, entre elas: o resgate da valorização da fisiologia do parto; o incentivo de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações

humanas; além do destaque ao respeito aos direitos de cidadania (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Em 1996, um grupo de trabalho classificou as recomendações sobre as práticas na assistência ao parto normal em quatro categorias: A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Torna-se relevante destacar que, entre as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, encontra-se a realização do parto operatório. A OMS já considerava epidêmica a elevação das taxas de cesarianas no Brasil, em 1996, com valores que superam os 15% preconizados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Segundo os autores Enkin et al. (2005), a cesariana é classificada como uma cirurgia de grande porte, que pode trazer tanto benefícios como também riscos significativos para a mãe e o feto. Para se manterem os riscos em nível mínimo, devem ser evitadas cirurgias desnecessárias e exigida atenção rigorosa às técnicas anestésicas e cirúrgicas. “O consenso de clínicos e consumidores por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências e educação da população pode resultar no uso mais uniforme e apropriado dessa importante intervenção” (ENKIN et al., 2005, p. 216). Os Indicadores e Dados Básicos, apresentados sobre a proporção de partos cesáreos no Brasil, subsidiam os processos de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas de importância estratégica para o sistema de saúde brasileiro, bem como da comunidade técnico-científica na inferência de análises sobre a situação de saúde e suas tendências (BRASIL, 2009).

Estudos realizados na última década, deixam evidente a preocupação da comunidade científica com questões relativas às elevadas taxas de cesáreas encontradas na atualidade brasileira, à assistência recebida no momento do nascimento e às expectativas, preferências e percepções das mulheres.

Estudos quantitativos desenvolvidos apresentam a preferência das mulheres pelo parto vaginal. Em Faúndes et al. (2004), a grande maioria das mulheres declararam preferir o parto vaginal, sendo que nove em cada dez entrevistadas tinham experimentado ambas as vias de parto e três em cada quatro mulheres foram submetidas somente a cesáreas. Oliveira et al. (2002) avaliaram a expectativa sobre o do tipo de parto

para as mulheres atendidas em instituições públicas de São Paulo, apontando que a maioria delas (74,7%) desejava o parto normal. Os principais motivos encontrados na preferência pelo parto normal, pelas mulheres entrevistadas, foram: o parto normal provoca menos dor/sofrimento (FAÚNDES et al., 2004) e a recuperação é mais rápida (OLIVEIRA et al., 2002).

Discussões sobre a ‘cultura da cesárea’, apoiadas na ideia de uma preferência feminina pelo parto cesáreo, contradizem os resultados de Barbosa et al. (2003). Os autores questionaram as puérperas sobre o desejo pela cesárea, e obtiveram 75,6% de respostas negativas, das mulheres entrevistadas. Sugere-se que “A justificativa da ‘cesárea a pedido da mulher’, muitas vezes relatada pelos profissionais de saúde, parece refletir mais uma cultura médica do que uma real preferência das parturientes” (BARBOSA et al., 2003, p. 1619-1620).

Uma pesquisa qualitativa investigou a experiência das mulheres que haviam passado pelos dois tipos de parto. Quanto à forma de parturição, ela apresenta a preferência feminina pelo parto normal e destaca as maiores vantagens dessa via de parto, como: a qualidade da relação com o bebê, a recuperação no pós-parto, a vivência do protagonismo e a maior satisfação com a cena do parto. Em relação à cesárea, as vantagens encontradas foram a ausência de dor e a possibilidade de realizar uma laqueadura. Nas desvantagens da cesárea, as mulheres mencionaram as dores no pós-parto, as dificuldades com a recuperação e os riscos inerentes à cirurgia (GAMA et al, 2009).

Outra pesquisa qualitativa analisou a percepção da parturiente quanto à assistência ao parto humanizado, frente às suas necessidades e expectativas. Seus resultados identificaram que a rotina hospitalar prioriza o atendimento às necessidades físicas, muito mais que as psicológicas, ainda que esta assistência ocorra de forma escassa a suprir suas necessidades frente à dor ou ao uso de medicações. As participantes relataram satisfação com a assistência prestada durante o trabalho de parto, apesar de desconhecerem a categoria profissional que as assiste, os conceitos de parto humanizado, as informações ou orientações sobre a atenção ao parto e outros fatores que as beneficiariam nesse momento (MOURA et al., 2002).

No Brasil, os princípios e as diretrizes gerais para a atenção obstétrica e neonatal do Ministério da Saúde descrevem que a atenção humanizada e de qualidade necessita do estabelecimento de condutas comprovadamente benéficas, a não realização de intervenções desnecessárias. Necessita, ainda, observar o respeito aos preceitos éticos, a garantia de privacidade e autonomia das mulheres, bem como

sua participação nas decisões e condutas a serem adotadas. E alerta para o resgate do parto como um momento do nascimento, que respeite seus significados e devolva à mulher o seu direito de ser mãe com segurança e humanidade (BRASIL, 2001).

Essa mudança de paradigma na assistência ao parto tem sido comumente nomeada de humanização da assistência. Para a antropóloga Davis-Floyd (2010), o modelo humanizado surge como uma reação aos excessos do modelo tecnocrático de assistência. Nele é reconhecida uma interconexão entre corpo e mente que, apesar de distintos, encontram-se interligados; e a relação do profissional de saúde com a mulher é mais humana e centrada nas necessidades da paciente, sendo a tomada de decisões conjunta. Observa, ainda, que há maior preocupação com o suporte afetivo proporcionado pelos familiares e sua interação, além de se procurar uma harmonia entre as necessidades dos indivíduos e da instituição, com tecnologia e fundamento em evidências científicas. E mais, o modelo humanizado realiza orientação empática, permite ser capaz de sentir e perceber as reais necessidades da outra pessoa, “[...] ser simplesmente mais simpático, cuidadoso e disposto ao toque é o que para eles representa o modelo humanizado” (DAVIS-FLOYD, 2010, p. 4).

A humanização da assistência ao parto, no Brasil, tem sido muito discutida e amparada em estudos feministas, cujo foco é resgatar o papel central e ativo da mulher no processo de gestar e parir. Busca-se uma assistência que respeite a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre a situação; em que a mulher possui o direito de tomar decisões, de forma esclarecida, sobre o seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução. Daí se destaca a importância de adotar condutas benéficas como a presença de um acompanhante, o monitoramento do bem-estar físico e emocional, a oferta de líquidos, o uso de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor e a liberdade de posições. Desse novo pensar advém também a promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica, com segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais de saúde. Ou seja, uma assistência mais efetiva, respeitosa, centrada nas necessidades das parturientes e que resulta em maior satisfação com o parto e o nascimento (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

A todos esses fatos relatados somam-se a minha experiência profissional como enfermeira obstétrica, com atuação em Centro-Obstétrico e Alojamento Conjunto, em instituições que atendem usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), planos e seguros de saúde

suplementar e particulares. Como parte desse contexto, integrei uma equipe que oportunizava às gestantes e familiares um “Curso de Gestantes” para divulgar informações sobre gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Ao final de cada curso, questionava-as sobre as expectativas e os desejos dessas mulheres, sobre a via de parto, reafirmando a preferência pela opção do parto normal.

Ao prestar assistência de enfermagem às mulheres que evoluíram para o parto normal, observava a participação ativa no nascimento de seus filhos. Observava demonstrações de afeto e a formação do vínculo mãe-filho, durante a realização do contato pele a pele, realizado logo após o nascimento, como proposto pelas evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001). Algumas mulheres manifestavam explícito desejo de, ao sair da sala de parto, realizar o seu próprio cuidado com o banho de aspersão, o desejo de estar junto ao recém-nascido durante a assistência de enfermagem e dar início ou continuidade ao aleitamento materno. Nesse momento relembavam o árduo trabalho de parto vivenciado e declaravam ter sido válido, sem nem ao menos poder descrever a dor que haviam sentido, A satisfação era evidente em palavras de agradecimento aos profissionais envolvidos.

Em relação às mulheres que foram submetidas à cesárea, apesar da preocupação dos profissionais em prestar uma assistência humanizada, observei que a maioria não pôde participar ativamente do nascimento. Ao conhecer os seus filhos, essas mulheres encontravam-se impossibilitadas de recebê-los ou acalentá-los, devido à postura adotada durante o procedimento cirúrgico. Na recuperação pós-operatória, a dor e o desconforto repercutiam nas dificuldades enfrentadas no puerpério, como levantar-se ou cuidar do bebê, necessitando de auxílio até nas pequenas ações.

Ao considerar as problemáticas desta pesquisa e seus pressupostos: a mulher que possui o direito de ser mãe com segurança e humanidade, que expressa sua vontade em vivenciar o parto normal e as elevadas taxas de cesárea na atualidade brasileira, apresenta-se a questão norteadora: Quais são as representações sociais do parto normal e da cesárea, para as mulheres que os vivenciaram?

Com o estudo das representações sociais, teoria escolhida para embasar esta pesquisa, torna-se possível recuperar o conhecimento cotidiano, ou seja, possibilita descobrir como indivíduos e grupos constroem o seu saber com base no entendimento das suas experiências e dos valores que atribuem às suas vivências (MOSCOVICI, 2003).

Assim, parte-se da proposição de que as representações sociais,

referentes ao parto normal e à cesárea, podem descrever valores que interpretam e reconstróem fatos reais; que orientam as condutas e as comunicações sociais sobre o tema. Por essa razão, acredita-se que conhecimentos podem advir para o entendimento da formação e consolidação de conceitos, socialmente veiculados, assim como atitudes, que tragam importantes contribuições a essa discussão, com profissionais de saúde, gestores das políticas públicas de saúde e mulheres que desejam ter filhos; para a construção de estratégias que possam intervir na realidade das elevadas taxas de cesárea e o respeito à opinião e ao desejo das mulheres. -A adoção de tais estratégias repercutirão em benefícios para a assistência às mulheres, no momento do nascimento.

Diante do exposto, apresentam-se os objetivos deste estudo:

- Identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram.
- Conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fase conceitual da pesquisa fornece uma base para aproximar o investigador do estudo, auxilia na reflexão sobre o fenômeno, permite uma construção teórica sobre o conhecimento existente e norteia o processo de investigação. Nesse sentido, pode ser compreendida como uma construção mental que advém tanto da teoria, o referencial teórico, quanto da organização do conhecimento existente sobre o tema, a revisão de literatura (BATEY, 1977).

2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para o embasamento teórico deste estudo, foi utilizada a Teoria das Representações Sociais, termo criado pelo psicólogo social francês Serge Moscovici, com publicação no ano de 1961, em seu estudo *La Psychanalyse – son image et son public*, que investigou como uma teoria científica, a psicanálise, foi aprendida pelos grupos da sociedade (DUVEEN, 2003).

As representações sociais, como parte do estudo da psicologia social, possuem, como fonte teórica, o conceito de representações coletivas, proposto pelo sociólogo francês Emile Durkheim, em 1912. As representações coletivas constituem-se num instrumento exploratório e referenciam uma classe geral de ideias e crenças, como, por exemplo, a ciência, a religião e o mito. Moscovici (1978, 2003) preferiu utilizar o termo social para destacar o caráter dinâmico e a pluralidade dos modos de organização do pensamento.

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa (MOSCOVICI, 2003, p. 46).

Ao estudarmos as representações sociais, observamos uma *sociedade pensante*, com seres humanos que fazem perguntas e

observam as respostas; seres humanos que pensam, não apenas adquirem informações ou agem de determinada maneira (MOSCOVICI, 1981).

Essas representações sociais são capazes de influenciar o comportamento das pessoas, pertencentes a uma comunidade. “Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem” (MOSCOVICI, 2003, p. 41).

A definição mais consensual entre os pesquisadores desse campo é apresentada por Jodelet (2001, p. 22), “As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

As representações sociais, como sistemas de interpretação que determinam o nosso relacionamento com o mundo e com os outros, direcionam e organizam nossas condutas e comunicações sociais. Elas atuam em diversos processos como a difusão e assimilação de conhecimento, o desenvolvimento de pessoas e grupos, o sentido de identidade pessoal e social, a expressão dos grupos e as transformações sociais. As representações sociais, enquanto fenômenos cognitivos, são consideradas, simultaneamente, “o produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade” (JODELET, 2001, p. 22).

Moscovici (2003) parte da premissa que existem diferentes formas de conhecer e se comunicar, definindo duas delas: o universo consensual, constituído na conversação informal, no cotidiano; e o universo reificado que surge no espaço científico, com suas regras e hierarquias internas. Nas palavras desse autor:

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana, e agindo tanto como reagindo, como um ser humano. [...] no universo reificado, a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade (MOSCOVICI, 2003, p. 49-50).

No universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de

indivíduos iguais e livres, onde os sujeitos se comportam como amadores e observadores curiosos, os interessados em assuntos diversos como a política, medicina ou educação conversam e emitem opiniões, apresentam suas teorias e alcançam respostas para seus problemas (MOSCOVICI, 1981).

No universo reificado, a sociedade constitui-se num sistema com regras e categorias, cujos ocupantes não estão igualmente intitulados para representar ou falar em seu nome. A participação é determinada exclusivamente pela sua qualificação, como um físico ou psicólogo, e desqualifica a opinião de outras pessoas. Existe um comportamento apropriado para cada circunstância, um estilo adequado para cada confrontação, informações pertinentes para um contexto determinado (MOSCOVICI, 1981).

As distinções desses dois universos dividem a realidade coletiva e a realidade física, em duas. É evidente que a ciência é a forma como nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais correspondem ao universo consensual. A finalidade do universo reificado é estabelecer um mapa de forças, objetos e acontecimentos que são independentes de nosso desejo, estão fora de nossa consciência e aos quais reagimos de modo imparcial e submisso. O universo consensual permite compartilhar uma consciência coletiva, explicar as coisas e os eventos para que se tornem algo acessível e relevante a qualquer um e coincidam com nossos interesses imediatos (MOSCOVICI, 1978, 2003).

Moscovici (2003, p. 54) entende que “a finalidade de todas as representações é tornar algo não familiar, ou a própria não-familiaridade em familiar”. O universo consensual permite a familiarização, local onde todos querem se sentir em casa, protegidos de eventuais riscos, atritos ou conflitos. Ao apresentar um objeto, pessoas e acontecimentos não familiares, ocorre a dinâmica da familiarização, na qual esses objetos, pessoas ou acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a encontros e modelos prévios. Com isso, o que estava distante torna-se próximo, o que parecia abstrato torna-se concreto e quase normal (MOSCOVICI, 1978, 2003). Portanto, para transformar o não-familiar em algo familiar, é preciso um processo de pensamento baseado em recordações e conclusões prévias, que despertem os mecanismos responsáveis pela familiarização e que gerem representações sociais (MOSCOVICI, 2003).

A tarefa de transformar objeto, pessoas e acontecimentos não-familiares em palavras e coisas que demonstram proximidade, não se mostra um evento fácil. A familiaridade a que Moscovici se refere desenvolve-se através da ancoragem, que consiste em dar sentido ao

objeto que se apresenta à compreensão do sujeito, “tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar” (MOSCOVICI, 2003, p. 60-61); e da objetivação, que é “transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir algo que esteja na mente em algo que exista no mundo físico” (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

Esses mecanismos transformam o não-familiar em familiar, primeiramente transferindo-o a nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-lo e interpretá-lo; e depois, reproduzindo-o entre as coisas que nós podemos ver e tocar, e, consequentemente, controlar (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

O processo de ancoragem classifica e nomeia alguma coisa. Classifica ao escolher um dos paradigmas presentes em nossa memória e no estabelecimento de uma relação positiva ou negativa com ele; e nomeia ao rotular com uma palavra pertencente a nossa linguagem. É dado um sentido a algo que estava destituído de entendimento, no mundo consensual (MOSCOVICI, 1978, 2003).

O processo de objetivação torna verdadeira a essência da realidade ao aparecer diante de nossos olhos em forma física e acessível, e torna-se a referência real do conceito. Transforma a palavra num objeto, ou seja, o objeto substitui a palavra. Pode ser chamado de núcleo figurativo, ao fazer parte de um complexo de imagens que reportam um complexo de ideias visíveis. Faz equivaler o conceito a uma imagem (MOSCOVICI, 1978, 2003).

A ancoragem e a objetivação são maneiras de lidar com a memória. Na primeira, a memória é dirigida para dentro ao contextualizar objetos, pessoas e acontecimentos que são classificados e rotulados. Na segunda, a memória é direcionada para fora, extrai conceitos e imagens para unir e reproduzir, no mundo exterior, o que já é conhecido (MOSCOVICI, 1978, 2003).

Para Cascais (2007, p. 47), o referencial teórico das Representações Sociais oferece “um importante suporte teórico aos pesquisadores que pretendem compreender os significados e os processos criados pelos homens para explicar o mundo e sua inserção dentro dele”. Moscovici (1978) compreende que as representações sociais são um conjunto de proposições, reações e avaliações de um determinado grupo, classe ou cultura do qual o sujeito faz parte, sobre

um determinado objeto. Essas proposições, reações e avaliações se constituem de universos de opinião com três dimensões distintas: a informação, a atitude e o campo de representação ou imagem.

A dimensão da informação caracteriza-se pela organização dos conhecimentos que um grupo possui, a respeito do objeto social. A dimensão de atitude permite identificar a orientação valorativa que o grupo tem, frente ao objeto da representação social. A dimensão de campo de representação ou imagem concerne à ideia de imagem um aspecto preciso do objeto da representação (MOSCOVICI, 1978).

Neste estudo, optou-se por abordar as dimensões de informação e atitude. Na dimensão informação, identificou-se a organização dos conhecimentos que esse grupo possui sobre o objeto social em estudo, para determinar seus níveis de conhecimento (MOSCOVICI, 1978). Na dimensão atitude, foram verificados os julgamentos que os sujeitos emitem sobre determinadas condutas, enunciações ou crenças sociais, as quais serão sempre atos sociais inscritos na dinâmica de um campo social. Quando falamos em nível individual, os julgamentos são situações pelas quais suas atitudes apresentam suas relações sociais atuais e se organizam em representações sociais (DOISE, 2001).

As representações sociais são sempre uma representação de alguma coisa, o objeto; e de alguém, o sujeito. Vale lembrar que esse sujeito é psicológico, agrega processos cognitivos e integra processos de pertença e participações sociais (JODELET, 2001).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, definiu-se como objeto o parto normal e a cesárea, e como sujeito as mulheres que vivenciaram ambos os eventos. Esses sujeitos foram escolhidos por entender que, ao vivenciarem as duas experiências, existe um saber mais consistente, que permite realizar uma discriminação mais precisa do objeto a ser estudado.

Ao propor estudar, como fenômeno das representações sociais, o parto normal e a cesárea, direciona-se esta pesquisa pela perspectiva adotada nesta teoria de que o conhecimento é elaborado socialmente, com a finalidade de construir uma realidade social; e de que as representações sociais regulam nossa relação com o mundo, direcionando nossas condutas e comunicações em sociedade (JODELET, 2001).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 ESTUDO DE REVISÃO

Para realizar a revisão de literatura desta pesquisa, optou-se pela revisão integrativa, um método de pesquisa que permite estabelecer a síntese e as conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular, realizada de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado. A revisão integrativa deve seguir os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original, considerando os aspectos de clareza, para que o leitor possa identificar as reais características dos estudos selecionados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (GANONG, 1987; ROMAN; FRIEDLANDER, 1998; BEYA; NICOLL, 1998; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A elaboração desta revisão integrativa percorreu as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos com posterior busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; discussão e interpretação dos resultados; e, por fim, apresentação da síntese do conhecimento (GANONG, 1987; ROMAN; FRIEDLANDER, 1998; BEYA; NICOLL, 1998; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Assim, na primeira etapa desta revisão, para identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, buscou-se, a partir da temática parto normal e cesárea, responder ao primeiro objetivo desta dissertação: identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram.

Para a segunda etapa, foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram critérios de inclusão, pesquisas publicadas em forma de artigo que: abordaram a temática parto normal e/ou cesárea na percepção das mulheres; publicadas no período de 2000 a 2009; independente do método de pesquisa/com desenhos de estudos qualitativos e quantitativos; em língua portuguesa, inglesa e espanhola; que possuíam título e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados; em periódicos nacionais e internacionais.

Entre os critérios de exclusão, estiveram estudos que abordaram somente temas específicos sobre a percepção do parto normal e/ou cesárea, entre eles: avaliação da dor no parto normal, métodos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio da dor com avaliação das mulheres, comparação da percepção entre etnias, expectativas sobre o parto normal ou a cesárea, entre outros.

Ainda na segunda etapa desta revisão integrativa, desenvolveu-se a busca na literatura através de levantamento bibliográfico realizado pela internet, nas bases de dados: Medical Literature on Line (MEDLINE), Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Index Psi Periódicos Técnico-Científicos (INDEXPSI).

Torna-se necessário destacar que, num primeiro momento, a busca se deu pelas representações sociais do parto normal e da cesárea, referencial teórico escolhido para embasar esta dissertação. Porém, observou-se uma escassez de trabalhos que utilizaram este referencial teórico e, com isso, optou-se por ampliar a busca, a partir da percepção do parto normal e cesárea, para mulheres que os vivenciaram.

Portanto, para o levantamento das pesquisas nas bases de dados LILACS, BDENF e INDEXPSI, foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual de Saúde: parto normal, cesárea e percepção. Palavras-chave foram utilizadas para complementar a busca, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, por não encontrarem-se no vocabulário estruturado do DeCS, como: representação social, representações sociais, comportamento social e psicologia social.

Para a base de dados CINAHL, foram selecionados os seguintes *cinahl headings*: *labor*; *cesarean section*; *perception*; *psychology*, *social* e *social behavior*.

Na base de dados MEDLINE, foram selecionados as seguintes palavras no MeSH Database: *labor*, *obstetrics*; *cesarean section*; *perception*; *psychology social* e *social behavior*.

Na terceira etapa desta revisão integrativa, procedeu-se a definição das informações a serem extraídas dos estudos. As referências selecionadas foram catalogadas em ficha bibliográfica elaborada pela autora, o que permitiu organizar e sumarizar informações, como: a identificação do periódico de publicação, o país de origem, a formação dos pesquisadores, o idioma utilizado para publicação, os descritores, os objetivos, o referencial teórico, o delineamento da pesquisa com dados sobre o local, o período de coleta de dados, os sujeitos, a delimitação da

amostra, o instrumento para a coleta de dados, a forma como se procedeu a análise dos dados e os preceitos éticos, além de identificar os principais resultados, as conclusões, as recomendações para a prática, as sugestões de novas pesquisas e as dificuldades apresentadas.

A quarta etapa, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, ocorreu durante a elaboração e análise das fichas bibliográficas. Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, observados os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar categorias dos resultados, que nesta revisão foram: percepções positivas relacionadas ao parto normal e cesárea, percepções negativas relacionadas ao parto normal e cesárea e percepções gerais relacionadas ao parto normal e cesárea.

A quinta etapa da revisão integrativa, a discussão e interpretação dos resultados, permitiu elaborar as recomendações para a prática, a partir das conclusões advindas da revisão, bem como, oferecer sugestões de novas pesquisas, com a identificação de lacunas, nos estudos incluídos.

Na sexta e última etapa da revisão integrativa, elaborou-se o resumo das evidências disponíveis, com a produção de um manuscrito, apresentado na seção de resultados desta dissertação.

3.2 PESQUISA DE CAMPO

Esta pesquisa caracterizou-se por um estudo descritivo de natureza qualitativa. A finalidade da pesquisa descritiva em enfermagem consiste na elucidação dos fenômenos relacionados à profissão, no qual o pesquisador conduz a pesquisa descritiva realizando a observação, descrição e classificação de sua investigação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa qualitativa focaliza aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos; com a pretensão de extrair sua totalidade, a partir do contexto em que vivem as pessoas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Ela se preocupa com a realidade que não pode ser mensurada, pretende analisar uma realidade social com a intenção de explicitar os significados e as representações dos sujeitos, sobre o objeto de estudo (MINAYO, 2004). E utiliza-se de informações ricas e profundas, fundamentadas na realidade, para esclarecer as múltiplas dimensões do fenômeno em estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2.1 Contexto da pesquisa

O contexto do estudo desta pesquisa compreende uma comunidade situada ao norte da parte insular do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. O acesso aos participantes se deu por meio de equipes da Estratégia de Saúde da Família, inseridos nos Centros de Saúde das comunidades de Cachoeira do Bom Jesus e Ponta das Canas, além de uma Unidade de Educação Infantil, a Creche Doralice Teodora Bastos, todos mantidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Os Centros de Saúde atendem aos serviços de Clínica Geral, Básico de Enfermagem, Odontologia, Programa Capital Criança, Vacinação, Teste do Pezinho e Preventivo do Câncer. Possuem em seu quadro funcional enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que se apresentam subdivididos em equipes da Estratégia de Saúde da Família (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2010).

A Unidade de Educação Infantil atende crianças de quatro meses a seis anos de idade, em período integral e desenvolve atividades pedagógicas, de recreação, cuidado e práticas de educação física.

Ao entender as representações sociais como um conhecimento elaborado socialmente e compartilhado (JODELET, 2001), essa comunidade foi escolhida como ambiente da pesquisa por se identificar ali mulheres que vivenciaram o parto normal e a cesárea, e que se comunicam em relacionamentos familiares e sociais, dos quais resultam a produção dessas representações sociais.

3.2.2 Participantes do estudo

As participantes deste estudo são mulheres que tiveram ambas as experiências de parto normal e cesárea, residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, dos Centros de Saúde da Cachoeira do Bom Jesus e Ponta das Canas ou que fazem uso da Unidade de Educação Infantil. Essas mulheres foram identificadas previamente quanto ao número de partos, via de parto e data das ocorrências; através de levantamento dos agentes comunitários de saúde, nos Centros de Saúde e busca pelas mães das crianças atendidas na Unidade de Educação Infantil.

Esse levantamento prévio das mulheres residentes na comunidade permitiu definir critérios para inclusão das participantes: mulheres que tenham tido ambas as experiências de via de parto, parto normal e cesárea; que os eventos tenham ocorrido nos últimos 15 anos, sem delimitar a quantidade e/ou a ordem de seus acontecimentos; que tenham sido atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os critérios para exclusão das participantes foram: mulheres cujos fetos apresentaram malformações, óbito fetal intra-útero ou perinatal de seus filhos.

Esses critérios foram definidos por se acreditar que as mulheres que vivenciaram as duas vias de parto possam descrever, com maior propriedade, as representações sociais do grupo. Entendeu-se, ainda, ser necessário um tempo transcorrido entre a vivência da via de parto e a formação das representações sociais, além de visualizar o nascimento de um filho como um evento marcante na vida de uma mulher, o que possibilita resgatar sua memória. Também foram definidos pelas dificuldades operacionais na identificação de mulheres que apresentem o mesmo número de eventos no período delimitado, ou na ordem de ocorrência da via de parto. Pela assistência recebida de acordo com as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde brasileiro. E por não associar a via de parto com possíveis desfechos negativos, no momento do nascimento.

3.2.3 Coleta dos dados

Para a entrada em campo, foi estabelecido contato telefônico prévio com as mulheres elegíveis, realizado um convite à participação, com apresentação do objetivo do estudo e definição do local de coleta de dados, que ocorreu nos Centros de Saúde, Unidade de Educação Infantil ou domicílio da participante, conforme seu consentimento. Após a aceitação, foi agendada data e horário para a realização das entrevistas, foram feitos esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, elucidação dos procedimentos de pesquisa e solicitação de permissão para o registro gravado das entrevistas, a fim de garantir a originalidade dos dados. Com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), teve início a coleta dos dados, através da entrevista episódica.

A entrevista episódica parte da premissa de que as experiências que um sujeito adquiriu sobre determinado conteúdo estejam

armazenadas e possam ser lembradas através de formas de conhecimento narrativo-episódico e semântico. O conhecimento episódico tem aproximação com as experiências do sujeito e apresenta-se de forma concreta; já o conhecimento semântico é baseado em proposições e relações resultantes desses eventos e são generalizadas, ou seja, o significado que a pessoa atribuiu àquela experiência (FLICK, 2004).

A entrevista episódica permite uma aproximação do tema em estudo através de uma forma narrativa e possibilita descrever as experiências associadas ao contexto. Sendo assim, ela parte de situações ou episódios vivenciados pelo entrevistado que sejam relevantes ao tema da pesquisa, numa combinação de narrativas orientadas para desvendar o conhecimento conceitual (FLICK, 2004).

Um roteiro para coleta de dados foi utilizado (Apêndice B) para conduzir a entrevista episódica, a qual foi gravada em sua íntegra e transcrita para avaliação posterior. Foram lembrados os acontecimentos do último evento de parto normal e cesárea, porém foram ouvidas outras experiências que as entrevistadas acharam importante serem reveladas. As entrevistas apresentaram duração entre 19 e 53 minutos, com uma média de 33 minutos e foram realizadas entre os meses de julho a outubro de 2010.

Para fundamentar a saída de campo, foi observada a amostra intencional das participantes do estudo, com saturação teórica durante a coleta e a análise de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; GHIGLIONE; MATALON, 1993). Essa saturação teórica de informações, procurou identificar o momento no qual, durante as informações coletadas, pouco de substancialmente novo se mostraria ao pesquisador, ao considerar os objetivos do estudo e o conjunto de entrevistados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Além disso, essa saturação teórica foi observada nesta pesquisa, durante a vigésima entrevista, pois, conforme afirmam os autores Ghiglione e Matalon (1993), não surgem novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista, ao identificar um rendimento decrescente na continuidade da coleta de dados.

3.2.4 Análise dos dados

Para o desenvolvimento da análise de dados desta pesquisa, realizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), com

abordagem qualitativa. Uma análise que prioriza os significados, ou seja, uma análise temática sobre dados coletados através de entrevistas.

A análise qualitativa tem, em sua aplicação, uma compreensão exata do sentido. “A elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa e não em inferências gerais” (BARDIN, 2009, p. 141). Pode-se dizer que a análise qualitativa caracteriza-se pelo fato de a inferência, sempre que é realizada, emergir na presença dos temas, palavras, personagens, entre outros (BARDIN, 2009).

Nessa perspectiva, a análise de conteúdo torna possível inferir algo a propósito de uma realidade representativa de uma população de indivíduos ou de um grupo social, e transmitir o essencial das significações produzidas pelas pessoas (BARDIN, 2009).

A estrutura da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) organiza-se em torno de três eixos cronológicos, que nortearam esta pesquisa: a pré-análise, com organização do material; a exploração do material, com administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior; e o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação desses resultados (BARDIN, 2009).

Após a organização do material teve início a primeira etapa desta análise, que se desenvolveu num processo de decifração estrutural das entrevistas, numa imersão no conteúdo da mensagem, uma etapa que exige dedicação e esforço, sem, porém, excluir a intuição. É necessário realizar uma abstração pessoal, para que seus conhecimentos e decifrações anteriores não contaminem essa etapa, ao mesmo tempo em que se beneficia de contributos teóricos e metodológicos, enquanto se prepara e deixa amadurecer aquilo que será a segunda etapa da análise, a transversalidade temática (BARDIN, 2009).

O investigador, ao trabalhar com material verbal produzido em entrevistas, logo compreende que cada entrevista é elaborada sob uma lógica específica. Ao aproximar os temas, ao conservá-los, “há uma organização subjacente, uma espécie de calculismo, afetivo e cognitivo, muitas vezes inconsciente, na medida em que a entrevista é mais um discurso espontâneo do que um discurso preparado” (BARDIN, 2009, p. 92).

A análise transversal ocorre em meio a essa aparente desordem temática. Procura-se uma estruturação específica, uma dinâmica pessoal, buscando compreender o discurso que se mostra no processo mental de cada entrevistado. Após a análise de várias entrevistas, torna-se comum manifestarem-se repetições temáticas como também tipos de estruturação discursiva (BARDIN, 2009).

Para o início da análise, realizou-se a exploração do material, com uma leitura preliminar da entrevista, seguida de leituras que se utilizam de perguntas, as quais proporcionam uma interpretação do que está sendo dito, como: O que esta pessoa está querendo dizer? Como está sendo dito? Como as palavras, frases e sequências se encadeiam? (BARDIN, 2009).*

*Essa leitura proposta é sintagmática, quando segue uma correlação de interpretação única a partir da entrevista, de um pensamento manifestado por uma sucessão de palavras, frases e sequências (BARDIN, 2009).

Com a decifração das várias respostas ou entrevistas, novas perguntas foram acrescentadas para comparação: Esta entrevista apresenta em determinado sítio, um tema que já observei em outra entrevista? Ou, encontrei um tema equivalente em outro contexto? Será possível nomear a especificidade de determinada entrevista, com um título, por exemplo?

No desenvolvimento do estudo, seguiu-se a análise sequencial e temática. Na impressão das transcrições, foi mantida uma margem confortável à direita e à esquerda das entrevistas e realizou-se a divisão do texto em sequências, utilizando-se de critérios semânticos e de recursos estilísticos; conferindo a análise temática, com a identificação dos principais temas no texto. Dessa etapa consistiu o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, com posterior agrupamento do temas emergidos, que permitiram o desvelar das categorias.

3.2.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o certificado número 635, em 29 de março de 2010 (Anexo A). Foram consideradas questões éticas, nos termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), com respeito, portanto, aos princípios de beneficência, à dignidade humana e à justiça; bem como os princípios do Código de Ética profissional, para normatizar as atividades de pesquisa (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado às participantes da pesquisa, juntamente com o objetivo e a forma de condução deste estudo. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma via da

pesquisadora e outra da participante da pesquisa. Foram respeitados o direito de participar ou não da pesquisa, bem como de desistir dela a qualquer momento. Foi, ainda, garantido o sigilo de sua identidade; a disponibilização do trabalho sempre que solicitado e de informações acerca da divulgação dos dados obtidos da pesquisa. O sigilo e o anonimato das participantes da pesquisa foram assegurados com omissão dos nomes e de características que possam identificá-las.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados em forma de dois artigos, conforme a Resolução 006/PEN/2009, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem.

O artigo 1, intitulado “Parto normal e cesárea: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres”, aborda os resultados da revisão integrativa e foi elaborado de acordo com as normas da Texto & Contexto Enfermagem, periódico classificado como A2 pela CAPES, para a área de Enfermagem.

O artigo 2, intitulado “Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram”, resultante da pesquisa de campo, foi elaborado de acordo com as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem, periódico igualmente classificado como A2 pela CAPES, para a área de Enfermagem.

4.1 ARTIGO 1 - PARTO NORMAL E CESÁREA: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES

Artigo a ser submetido à Texto & Contexto Enfermagem, conforme Instrução aos Autores, da própria revista (Anexo B).

**PARTO NORMAL E CESÁREA: REVISÃO INTEGRATIVA
SOBRE A PERCEPÇÃO DE MULHERES**

**NATURAL CHILDBIRTH AND CESAREAN SECTION: AN
INTEGRATIVE REVIEW OF WOMEN'S PERCEPTION**

**PARTO NORMAL Y CESÁREA: REVISIÓN INTEGRADORA
SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES**

Manuela Beatriz Velho¹
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos²

Autor correspondente:

Manuela Beatriz Velho

Rod. Virgílio Várzea, nº 2970, torre II, ap. 304, Bairro Saco Grande,
CEP: 88.032-001, Florianópolis, SC. manuelavelho@hotmail.com
Telefone: (048) 9902-7725

¹ Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEn) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bolsista CNPq, Florianópolis, SC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR).

² Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. Membro e Líder do GRUPESMUR do PEn/UFSC. evangueliaufsc@hotmail.com

RESUMO: Foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL e INDEPSI, no período de 2000 a 2009, com seleção e inclusão de 17 estudos, para extração dos dados. Os resultados apresentam aspectos positivos, negativos e gerais a respeito dos eventos, tais como o protagonismo da mulher e a melhor recuperação no parto normal, a ausência de dor na cesárea, a insatisfação com a assistência recebida, assim como apresenta recomendações para a prática e sugestão de novas pesquisas. Os estudos enumeram características da assistência, que podem contribuir com maiores níveis de satisfação e destacam o papel da enfermeira obstétrica no processo de gestação, parto e puerpério.

Descritores: parto, parto normal, cesárea, percepção, enfermagem.

ABSTRACT: An integrative review was performed aimed to identify the contribution of research, conducted nationally and internationally, about the perception of natural childbirth and cesarean section for women who experienced them. The search of the articles occurred in the databases MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL and INDEPSI, from 2000 to 2009, with the selection and inclusion of 17 studies for data extraction. The results show positive aspects, negative and general regarding events such as the women's protagonism and better recovery in natural childbirth, no pain at caesarean section, dissatisfaction with the assistance, recommendations for practice and suggestions for further research. Studies of the integrative review list characteristics of care, which may contribute to higher levels of satisfaction and point out the role of the midwife in the process of pregnancy, childbirth and postpartum.

Descriptors: parturition, natural childbirth, cesarean section, perception, nursing.

RESUMEN: Se realizó una revisión integradora con el objetivo de identificar la contribución de las investigaciones desarrolladas, a nivel nacional e internacional, sobre la percepción acerca del parto vaginal y la cesárea de las mujeres que los experimentaron. La búsqueda de los artículos se hizo en las bases de datos MEDLINE, LILACS, BDNF, CINAHL y INDEPSI, en el período 2000 a 2009, con la selección y la inclusión de 17 estudios para la extracción de datos. Los resultados tienen aspectos positivos, negativos y generales con respecto a eventos,

tales como: el papel de la mujer y una mejor recuperación en el parto vaginal, la falta de dolor en la cesárea, la insatisfacción con la atención recibida, y presenta recomendaciones para la práctica y sugerencias para futuras investigaciones. Los estudios enumeran características de la atención, lo que puede contribuir a niveles más altos de satisfacción y destacar el papel de la enfermera obstétrica en el proceso del embarazo, parto y posparto.

Descriptor: parto, parto normal, cesárea, percepción, enfermería.

INTRODUÇÃO

A experiência da parturição sempre representou um evento muito importante na vida das mulheres, um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel, o de ser mãe.¹

Graças aos avanços científicos e tecnológicos da assistência ao parto, muitos benefícios foram e vêm sendo observados nos partos caracterizados como de alto risco, que resultaram na diminuição dos índices de morbi-mortalidade materna e neonatal. Porém, essa assistência baseada na tecnologia, muitas vezes desenvolvida de forma mecanizada, fragmentada e desumanizada, com o uso excessivo de práticas intervencionistas, quando aplicadas no parto de baixo risco, trouxe às mulheres sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que repercutiram em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto.²⁻³

Estudos sobre o parto normal e a cesárea têm sido relacionados aos diversos problemas associados a essa organização da assistência, demonstrando certa preocupação que envolve desde a qualidade da atenção obstétrica, os elevados índices de cesárea encontrados na atualidade, até o significado da parturição para as mulheres.²⁻⁵

Com o intuito de trazer subsídios para uma reflexão sobre a parturição na visão das mulheres, este estudo é uma revisão integrativa com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional e internacional, sobre a percepção do parto normal e da cesárea, para mulheres que os vivenciaram.

A revisão integrativa consiste num método de pesquisa que permite estabelecer uma síntese e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular, realizada de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado. Esse tipo de revisão deve seguir os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original, considerando os aspectos de clareza, para que o leitor possa identificar as reais características dos

estudos selecionados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem.⁶⁻⁹

MÉTODOS

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa, foram percorridas seis etapas. A primeira etapa consistiu na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, que se desenvolveu a partir da temática parto normal e cesárea. Assim, foi delimitada a seguinte questão de pesquisa: Qual o conhecimento científico produzido sobre a percepção de mulheres que vivenciaram o parto normal e/ou a cesárea?

Na segunda etapa, foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas publicadas em forma de artigo, que abordaram a temática parto normal e/ou cesárea na percepção das mulheres; publicadas no período de 2000 a 2009; independente do método de pesquisa; em língua portuguesa, inglesa e espanhola; que possuíam título e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados; em periódicos nacionais e internacionais.

Entre os critérios de exclusão, estiveram estudos que abordaram somente temas específicos sobre a percepção do parto normal e/ou cesárea, entre eles: avaliação da dor no parto normal; métodos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio da dor com avaliação das mulheres; comparação da percepção entre etnias; expectativas sobre o parto normal ou a cesárea.

Ainda na segunda etapa desta revisão integrativa, desenvolveu-se a busca na literatura por meio de levantamento bibliográfico, realizado pela internet, nas bases de dados: Medical Literature on Line (MEDLINE), Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Index Psi Periódicos Técnico-Científicos (INDEXPSI).

Para o levantamento das pesquisas nas bases de dados LILACS, BDENF e INDEXPSI, foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual de Saúde: parto normal, cesárea e percepção. Palavras-chave foram utilizadas para complementar a busca, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, por não encontrarem-se no vocabulário estruturado do DeCS, como: representação social, representações sociais, comportamento social e psicologia social.

Para a base de dados CINAHL, foram selecionados os seguintes *cinahl headings*: *labor*; *cesarean section*; *perception*; *psychology*, *social*

e *social behavior*.

Na base de dados MEDLINE, foram selecionados as seguintes palavras no MeSH Database: *labor, obstetrics; cesarean section; perception; psychology social e social behavior*.

Na terceira etapa desta revisão integrativa, procedeu-se a definição das informações a serem extraídas dos estudos. As referências selecionadas foram catalogadas em ficha bibliográfica, o que permitiu organizar e sumarizar informações, como: a identificação do periódico de publicação, o país de origem, a formação dos pesquisadores, o idioma utilizado para publicação, os descritores, os objetivos, o referencial teórico, o delineamento da pesquisa com dados sobre o local, o período de coleta de dados, os sujeitos, a delimitação da amostra, o instrumento para a coleta de dados, a forma como se procedeu a análise dos dados e os preceitos éticos, além de identificar os principais resultados, as conclusões, as recomendações para a prática, as sugestões de novas pesquisas e as dificuldades apresentadas.

A quarta etapa, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, ocorreu durante a elaboração e análise das fichas bibliográficas. Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, observados os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar categorias dos resultados, que nessa revisão foram: percepções positivas, negativas e gerais, relacionadas ao parto normal e cesárea.

A discussão e interpretação dos resultados, que permitiu elaborar as recomendações para a prática, a partir das conclusões advindas da revisão, bem como, apresentar sugestão de novas pesquisas, com a identificação de lacunas nos estudos incluídos, constituiu a quinta etapa desta revisão integrativa.

Na sexta e última etapa da revisão integrativa, foi elaborado o resumo das evidências disponíveis, com a produção dos resultados apresentados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os estudos

A busca nas bases de dados permitiu encontrar 614 artigos, dos quais 17 foram selecionados, por abordarem o objeto de estudo desta revisão. Ao analisar os delineamentos de pesquisa mais frequentes na amostra estudada, identificou-se que sete foram desenvolvidos com abordagem quantitativa e oito com abordagem qualitativa, sendo a utilização de referenciais teóricos, como fenomenologia e

representações sociais, os mais encontrados. Os descritores mais utilizados foram: parto, parto normal, cesárea e satisfação. Na coleta de dados para avaliar a percepção das mulheres sobre o parto normal e a cesárea, foram identificados oito estudos com questionários estruturados, cinco com entrevistas semiestruturadas, três com entrevistas abertas e um estudo com observação participante (ver Quadro 1).

Ao reunir as características da amostra estudada, tem-se como resultado a participação de 4.189 mulheres nos estudos quantitativos, das quais 58% tiveram parto vaginal, 27% das mulheres foram submetidas à cesárea e apenas 3% das mulheres tiveram ambas as experiências, parto normal e cesárea. Na amostra qualitativa, participaram 124 mulheres, das quais 43% das mulheres tiveram parto vaginal, 28% foram submetidas à cesárea, 8% tiveram as duas experiências, parto normal e cesárea, restando 21% das mulheres, sem descrição da via de parto (ver Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, de acordo com os descritores, os objetivos e os aspectos metodológicos.

Referência	Descritores	Objetivo	Delimitação da Pesquisa/Referencial Teórico	Sujeitos*	Instrumento para coleta de dados
SILVA, et al., 2004 ⁽¹⁰⁾	Saúde da mulher e enfermagem; Adolescente, Parto normal, Fenomenologia.	Compreender a vivência do parto normal em adolescentes.	Qualitativo descritivo/ Fenomenologia	7 puérperas de parto normal	Entrevista aberta
GAMA et al., 2009 ⁽¹¹⁾	Serviços de saúde Materno-Infantil; Parto normal; Césarea.	Verificar as representações e experiências atuais das mulheres quanto as formas de parturição e sua assistência em serviços de saúde diferenciados.	Não deixa claro/ Categoria Gênero	23 puérperas que vivenciaram parto normal e cesárea	Entrevista semiestruturada
TEIXEIRA, et al., 2006 ⁽¹³⁾	Parto normal; Sistema Único de Saúde; Violência; Humanização da assistência.	Analisar os aspectos culturais subjetivos e objetivos que atravessaram a vivência de mulheres da periferia de Cuiabá-MT, ao passar pela experiência do parto normal em instituições públicas hospitalares ou conveniadas com o SUS.	Qualitativa/ Representações sociais	10 mulheres que tiveram parto normal	Entrevista semiestruturada
LOPES, et al., 2005 ⁽¹³⁾	Gestação; Parto; Maternidade.	Investigar as expectativas de gestantes com relação ao parto e, num segundo momento, os sentimentos dessas mulheres em relação à vivência do próprio parto.	Qualitativo/ Não descreve	28 mulheres. Dessas, 13 mulheres tiveram parto via vaginal e 15 tiveram cesárea	Entrevista semiestruturada
MCCALLUM et al., 2006 ⁽¹⁴⁾	Parto; Gravidez na adolescência; Classe social.	Somente a pergunta de pesquisa: Como mulheres jovens e de classes populares experienciam o parto?	Qualitativo/ Antropologia do corpo e da reprodução	26 mulheres que pariram na maternidade, não descreve a via de parto	Entrevista semiestruturada e Observação participante
SILVA, et al., 2002 ⁽¹⁵⁾	Adolescente; Fenomenologia; Gestação; Método de pesquisa.	Descrever minha aproximação das depoentes por meio da entrevista fenomenológica e compreender a vivência da adolescente frente ao parto normal.	Qualitativo/ Fenomenologia	7 adolescentes primíparas que vivenciaram o parto normal.	Entrevista aberta.
DOMINGUES et al., 2004 ⁽¹⁶⁾	Assistência perinatal; Humanização do parto; Satisfação do usuário.	Analisar os fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção ao parto normal na maternidade em estudo, que presta assistência a uma clientela de baixa renda, residente em sua própria área de abrangência.	Quantitativo transversal	256 puérperas de parto vaginal	Questionário estruturado

MIRANDA et al., 2008 ⁽¹⁷⁾	Parto normal; Parto obstétrico; Psicologia social.	Conhecer elementos da representação social acerca do parto na perspectiva de mulheres que vivenciaram parto normal e cirúrgico.	Qualitativo descritivo/ Representações sociais	10 mulheres secundíparas, com experiência de parto normal e cesárea.	Entrevista aberta
SIASSAKOS et al., 2009 ⁽¹⁸⁾	Satisfação do paciente; Parto operatório; Comunicação; Melhorias da qualidade; Avaliação de resultados.	Comparar a Escala de Percepção de Paciente, com outro questionário validado, a Escala de Mickey sobre Avaliação de Satisfação Parto e avaliar a praticidade e viabilidade de seu uso na prática clínica.	Quantitativa transversal	150 puérperas. Dessas, 108 de cesárea e 42 de parto instrumental (vácuo extrator ou fórceps)	Questionário estruturado
MCGRATH et al., 2009 ⁽¹⁹⁾	Escolha de nascimento; Cesárea eletiva; Pesquisa qualitativa; Nascimento vaginal após cesárea.	Explorar, a partir da perspectiva das mães, o processo de tomada de decisão sobre a via de parto subsequente, após uma cesárea prévia.	Qualitativo exploratório/ Fenomenologia	16 mulheres que escolheram a cesárea eletiva, após cesárea prévia.	Entrevista aberta
STADLMAY R et al., 2004 ⁽²⁰⁾	Experiência de nascimento; SIL.-Ger; Experiência multidimensional; Variáveis obstétricas; Fatores influentes.	Analisar a interferência mútua entre as variáveis obstétricas e quatro dimensões da experiência do nascimento: adaptação emocional, desconforto físico, satisfação e experiência emocional negativa.	Quantitativo transversal	251 puérperas. Dessas 180 puérperas tiveram parto normal, 43 parto instrumental e 28 tiveram cesárea	Questionário estruturado
OSIS et al., 2001 ⁽²¹⁾	Cesárea; Parto vaginal; Opinião de mulheres; Dor.	Este documento apresenta os resultados de um estudo sobre as opiniões do nascimento vaginal e cesáreo, de mulheres que tiveram seus nascimentos ???em hospitais localizados nos estados de São Paulo e Pernambuco.	Quantitativo	656 puérperas, 77% tiveram somente cesárea, menos de 1% parto normal e 22% as duras experiências.	Questionário estruturado
CALLISTER et al., 2001 ⁽²²⁾	Nascimento; Comparação cultural; Enfermagem materno-infantil; Percepção.	Somente a pergunta de pesquisa: Qual o significado do nascimento para as mulheres finlandesas?	Qualitativo/ Fenomenologia	20 puérperas, com 16 mulheres de parto normal atendidas por enfermeiras obstétricas e 4 de cesárea, atendidas por médicos.	Entrevista semi-estruturada
OWEIS, 2009 ⁽²³⁾	Nascimento; Controle; Jordânia; Satisfação.	Documentar a percepção das mulheres sobre os diferentes aspectos de sua experiência de parto, incluindo expectativas, satisfação e auto-controle.	Quantitativo Descritivo Transversal	177 mulheres de parto normal e assistidos (vácuo extrator ou fórceps).	Questionário estruturado

BASTON et al., 2008 ⁽²⁴⁾	Nascimento; Satisfação; Tipo de parto; Percepção dos funcionários; Holandês; Indução.	Explorar como as expectativas e experiências de mulheres teriam mudado, no intervalo de 13 anos.	Quantitativo	2048 mulheres, das quais 7,9% tiveram cesárea planejada, 11,8% cesárea de emergência, 12,1% parto instrumental e 68,3% parto normal.	Questionário com perguntas abertas e fechadas
BRYANTON, 2008 ⁽²⁵⁾	Experiência de parto; Preditores da percepção do parto; Percepção da mulher sobre o parto.	Determinar os fatores que predizem a percepção das mulheres sobre a experiência de parto e verificar possíveis associações com o tipo de nascimento?? que a mulher experimenta.	Quantitativo de coorte, prospectivo	652 puérperas, que tiveram parto normal 73,3%, e cesárea planejada ou de emergência 26,7%.	Questionário estruturado
BAILHAM et al., 2004 ⁽²⁶⁾	Não descreve.	Determinar a estrutura dos componentes da Escala de Percepção do Trabalho de Parto e Nascimento, em uma amostra de mulheres submetidas ao parto vaginal e cesárea, e usar esses resultados para informar a pontuação do protocolo da Escala de Percepção do Trabalho de Parto e Nascimento.	Teste de um instrumento	107 mulheres, com 61% parto vaginal, 15% cesárea de emergência, 17% cesárea planejada e 8% parto instrumental (forcepe ou vácuo extrator).	Questionário estruturado

* Os sujeitos designados como puérperas tiveram seus dados coletados no pós-parto imediato.

Síntese dos estudos

Os dados analisados revelam a produção de um conhecimento científico que, em seus resultados, apresentam aspectos positivos, negativos e gerais a respeito dos eventos, recomendações para a prática e sugestão de novas pesquisas.

Percepções positivas relacionadas ao parto normal e a cesárea

Nos estudos com mulheres que tiveram parto normal e cesárea, a vivência do protagonismo e maior satisfação com a cena do parto, foi expressa como preferência pelo parto normal.^{11,17,21} Uma experiência única e relevante, que as mulheres esperam vivenciar, num processo fisiológico, algo mais natural e saudável para si e seu bebê.^{11,17} Um momento emocionante, de crescimento pessoal, para a construção de uma nova identidade, o *status* de ser mãe,³⁻¹⁴ cercado de sentimentos positivos, descritos como de alegria, felicidade e realização.¹⁶⁻¹⁷

A satisfação, preferência ou vantagens associadas ao parto normal, independente das experiências de via de parto das mulheres, foram encontradas em descrições como: pouco sofrimento, recuperação mais rápida, requerer menores cuidados, sentir menos dor após o parto, a possibilidade de voltar às atividades diárias e ter alta hospitalar mais cedo.^{11,16,17,21} Outras mulheres declararam que este tipo de parto não tem nenhuma desvantagem,²¹ destacam a qualidade da relação com o bebê,¹¹ o estar junto com a criança²⁵ e a emoção do primeiro encontro com o filho.¹³

Possuir informações sobre o parto, ter controle sobre o evento e o grau de relaxamento são percepções positivas a respeito do parto.²⁵ Outros dois fatores importantes, associados à satisfação, são: opiniões positivas da equipe que prestou assistência, de forma cuidadosa e afetuosa,^{13,14,16,17} e a presença de um acompanhante.^{16,25}

O parto normal, como uma experiência para além da experiência física, centrada na sua mente, proporciona às mulheres força para lidar com a parturição, demonstrando confiança na sua capacidade de lidar com o trabalho de parto e com as dores do parto normal.²² Essas mulheres percebem as dores como um aspecto intrínseco ao ato de parir, quase como uma essência desse processo; elas transformam esse momento de sensação física dolorosa em sentimentos de amor materno, a vivência do protagonismo feminino com plena realização oferecida pela maternidade.^{11,14,17} Conseguem lidar com a dor com métodos não-farmacológicos de alívio e o uso mínimo de medicamentos.²²

Em relação à cesárea, as razões para considerá-la a melhor forma de nascimento estão associadas com: ausência das dores de trabalho de

parto,^{11,19,21,26} evitar o medo do parto,⁹ ser um procedimento mais rápido,²¹ a possibilidade de realizar uma laqueadura,¹¹ salvar a vida do bebê,^{21,25} possuir informações e ter controle sobre o evento, ser uma experiência agradável e desfrutar com segurança da criança.²⁵ Foram encontrados em dois estudos altos níveis de satisfação materna com seus cuidados, durante a cesárea.^{18,25}

Fatores positivos da cesárea foram encontrados em mulheres que vivenciaram uma cesárea prévia e optaram, posteriormente, por uma cesárea eletiva.¹⁹ Elas descrevem como aspectos positivos dessa escolha que a cesárea é mais fácil, mais rápida, elas já possuem uma cicatriz, podem marcar a data, há maior controle e segurança para o bebê, evitam o medo do parto e da indução, já sabem o que esperar do procedimento, evitam o trauma de uma nova cesárea de emergência e a recuperação é fácil. É importante destacar que suas escolhas estão baseadas mais em aspectos psicossociais do que nos conselhos clínicos ou nas informações sobre o risco.¹⁹

Para as mulheres que vivenciaram ambas as experiências de via de parto, a idade materna está associada a maior satisfação e realização, com a parturição.²⁰

Percepções negativas relacionadas ao parto normal e cesárea

A vivência do parto normal institucionalizado foi traduzido pelo medo,^{14,17,23} como se algo de ruim fosse acontecer com a chegada do parto, ora com complicações com o bebê, ora com o medo da própria morte ou da morte do bebê.^{12-13,15-16} O temor expresso pelas dores,^{10,12} com histórias sobre a dor de parto, ouvidas fora do hospital¹⁴ e que, para algumas, poderiam levar à morte.¹⁵

O parto normal visto como um processo doloroso,^{13,21} com intensidade da dor maior do que a esperada,²³ mesmo que por um curto período de tempo,¹⁷ acrescida de procedimentos dolorosos e inesperados que elevaram os níveis de dor,^{11,14,23,26} como a realização de amniotomias ou administração de ocitocina, para acelerar o trabalho de parto.^{14,17,20,23} Desconfortos associados à analgesia peridural, episiotomia e outro modo de parto, que não seja cesárea eletiva.^{20,23} A transformação do corpo feminino em objeto de trabalho, submetendo quem deve ser o sujeito e reproduzindo o projeto de medicalização.¹¹⁻¹² Muitas mulheres acreditam que os procedimentos técnicos utilizados nos hospitais são necessários e importantes, mesmo estando alguns não recomendados na atualidade, como a Manobra de Kristeller,¹² uma posição de grande passividade em relação à autoridade hospitalar.¹⁴

Essas percepções negativas sobre o evento do parto normal são

descritas com sentimentos de solidão, sofrimento e abandono;^{10,13-16} algumas vezes associadas à ausência de um acompanhante, por uma imposição institucional.¹⁴ A insatisfação com a experiência do parto pela má atenção da equipe,^{13-14,16,23-24} complicações com o bebê,^{16,24} parto demorado^{13,16,21} ou difícil,^{13-14,16,23} pouco controle de seu trabalho de parto, a frequência de exames vaginais, limitações de mobilidade²³ e compartilhamento das salas com outras mulheres, durante as experiências negativas do trabalho de parto, elevando seus níveis de ansiedade.^{14,23}

A assistência prestada pelos profissionais de saúde ao parto e nascimento, em sua maioria experiências de parto normal, caracteriza-se por uma relação impessoal, no qual os profissionais estão distanciados do ser que a recebe,^{10,15} as relações são assimétricas, baseadas na comunicação não verbal, além do uso de terminologias técnicas que dificultam a compreensão das mulheres.^{12,14} Essas mulheres percebem a exigência de comportamentos pré-estabelecidos, sem resistências aos saberes instituídos, para atender as expectativas dos profissionais.^{10,12} Sentem-se inseguras e manipuladas, uma assistência que se traduz em dor, descaso e abandono, que reflete a violência física, psicológica ou emocional a que foram submetidas,¹² caracterizando-se pela desqualificação da assistência ou até mesmo pela falta de acompanhamento profissional.¹⁷

Sobre as percepções negativas da cesárea, foram mencionadas as dores do pós-parto, as dificuldades na recuperação,^{11,19,21} os riscos da cirurgia,^{11,17} as preocupações e experiências prévias com a anestesia,^{13,17,19} maiores níveis de medo, quando comparados ao parto normal,^{19-20,25-26} e dificuldades no retorno as suas atividades sexuais.¹¹ As mulheres que tiveram parto cesárea, eletiva ou de emergência, estavam mais descontentes, ao lembrar o nascimento dos seus filhos.^{20,24}

Uma característica comum na experiência de parto normal e cesárea, foi a desinformação sobre esses eventos, para vivenciar com segurança e autodeterminação o parto.¹¹ As mulheres sentem-se desinformadas sobre a evolução do trabalho de parto, a realização de exames, os medicamentos recebidos e o estado de saúde de seus bebês.¹⁶

Percepções gerais a respeito do parto normal e cesárea

A dor permanece como o item mais recordado na parturição. Quando comparado com a via de parto, as mulheres descrevem a dor do parto normal como presente em todo o momento, porém tolerável^{17,21} e que permite o retorno as suas atividades normais mais cedo,²¹ enquanto que na cesárea, a dor está ausente inicialmente, mas aparece como

consequência do procedimento,¹⁷ sendo mais persistente e incapacitante.²¹

O parto normal, muitas vezes não é mais percebido como um evento natural da vida feminina, mas como algo que precisa de auxílio. A hospitalização passa a ser uma vivência essencialmente moderna, com uma assistência técnica especializada; o hospital é o melhor lugar para se ter um filho, mas também o pior lugar, quando lembramos a assistência desqualificada recebida por muitas mulheres e a perda de sua autonomia.^{12,17}

Embora, no Brasil, as mulheres tenham visto o profissional médico como o único profissional capacitado para a assistência ao parto,¹⁷ torna-se importante destacar a maior satisfação com a assistência recebida, durante o parto normal, quando realizada por enfermeiras obstétricas, em dois estudos internacionais, realizados na Inglaterra e na Jordânia.^{18,23}

Recomendações para a prática

Os estudos apresentam recomendações para os profissionais e gestores de saúde, especialmente no que se refere à organização dos serviços voltados para as necessidades da clientela, visando a humanização da atenção ao parto e nascimento. Um relacionamento mais humano, integral, que considere a singularidade das usuárias do serviço, a garantia de um local adequado para que sejam acolhidas, ouvidas, orientadas, respeitadas e livres para manifestarem seus sentimentos. O cumprimento dos preceitos que regem os Direitos Universais do Ser Humano e os princípios do Sistema Único de Saúde, com investimentos na melhora da qualidade da assistência ao parto e nascimento, bem como a real implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no Brasil.^{10,12,16-18} Planejar e implementar estratégias adequadas que possam ajudar as mulheres a vivenciar experiências de parto com menores níveis de medo e ansiedade, ao utilizar mecanismos de enfrentamento na redução dos índices de insatisfação e ajudá-las a recuperar o controle durante o parto.²³

A importância da relação entre os profissionais de saúde e as gestantes, que no dia a dia do profissional tende a ser mais uma parturiente dando à luz, para a mulher, é um momento de extrema sensibilidade, um dos episódios mais marcantes em toda a sua vida.¹³ Reflexões frente ao desrespeito e à desatenção dos profissionais aos sentimentos das mulheres na condição de parturientes também são necessários.¹⁷ A inclusão de profissionais na área da psicologia, que

possam promover condições adequadas às gestantes e familiares nesta vivência¹³ e a presença de um acompanhante, principalmente a figura materna, no atendimento às gestantes adolescentes.¹⁴

As enfermeiras precisam compreender os fatores que influenciam a mulher na tomada de decisões importantes para a parturição e auxiliar nas escolhas ideais para si e seus bebês,^{19,25} bem como desenvolver ações de educação em saúde ao fornecer informações e orientações a respeito da fisiologia do parto, para que a mulher se torne consciente do que esperar e desenvolva expectativas realistas e positivas para a atual experiência de parto, com a vivência desse processo de forma menos traumática.^{17,23,25}

As enfermeiras e as enfermeiras obstétricas possuem um papel relevante na assistência ao parto e precisam desenvolver ações como: fornecer informações sobre a evolução do trabalho de parto e envolvê-las nas decisões sobre a utilização de intervenções; valorizar as experiências positivas e promover o enfrentamento da dor pelas mulheres, orientando-as sobre a dor no trabalho de parto e sua condução, especialmente com métodos não-farmacológicos, como a respiração e exercícios de relaxamento.^{23,25} Auxiliar e encorajar as mulheres para o contato precoce com seus bebês, ou seja, logo após o nascimento; e reforçar a importância do papel do acompanhante e de que forma eles podem oferecer suporte.²⁵

É preciso respeitar a celebração e o contexto sociocultural do nascimento,²² recuperar o protagonismo das mulheres no parto, considerando suas opiniões sobre a melhor maneira que elas gostariam de dar à luz.^{21,25}

Sugestões para novas pesquisas

Os estudos revisados sugerem novas pesquisas sobre os sentimentos associados ao tipo de parto.¹³ A importância das pesquisas qualitativas na compreensão de suas experiências.¹⁹ As expectativas e a satisfação das mulheres com o parto e a maneira como elas afetam a relação com os filhos e família, ao longo da vida.^{16,23} As experiências negativas, suas repercussões²⁰ e de que forma estas influenciam na opção dessas mulheres pela cesárea eletiva.²⁵

A relação entre profissionais de saúde e mulheres atendidas na assistência ao parto,²¹ o preparo psicológico como ação preventiva na adaptação emocional após o parto²⁰ e a atenção às gestantes de alto risco ou com diagnósticos de malformação fetal são fenômenos a serem pesquisados.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa, acerca da percepção de mulheres que vivenciaram o parto normal e/ou a cesárea, reafirma a importância da parturição em suas existências, marcando profundamente suas histórias, com diferentes percepções e opiniões sobre as vias de parto. Tais percepções incluem aspectos físicos, emocionais e socioculturais que precisam ser respeitados na individualidade e integralidade de cada ser humano.

A síntese dos estudos analisados revela a produção de um conhecimento científico, que em seus resultados evidenciam a vivência do protagonismo, maior satisfação com a cena do parto normal e melhor recuperação, como percepções positivas a respeito do parto normal. Na cesárea, essas percepções estão associadas à ausência da dor, a evitar o medo do parto, ser um procedimento mais rápido, à possibilidade de realizar laqueadura, ter maior controle, ser uma experiência agradável e desfrutar com segurança da criança.

Quanto às percepções negativas, destacam-se na cesárea as dores no pós-parto, dificuldades com a recuperação, os riscos da cirurgia, as preocupações e experiências prévias com a anestesia e maiores níveis de medo. No que se refere ao parto normal, complicações com o bebê, parto demorado ou difícil, ausência de acompanhante, insatisfação pela má atenção da equipe, a institucionalização do parto traduzida pelo medo, sentimentos de solidão, sofrimento e abandono, estiveram entre as percepções negativas.

Essa desqualificação da assistência ou até mesmo a falta de acompanhamento profissional, características das percepções negativas das mulheres participantes, identificadas principalmente naquelas que vivenciaram o parto normal, necessitam de reflexão imediata por parte dos profissionais e gestores de saúde. Esses profissionais se encontram distanciados das mulheres assistidas e não conseguem identificar suas reais necessidades. Do mesmo modo, os gestores de políticas públicas, que apesar dos programas de incentivo à humanização da assistência ao nascimento no Brasil, precisam repensar suas estratégias de ação, para obtenção de melhores resultados.

Os estudos incluídos nesta revisão, independente da via de parto, enumeram algumas características da assistência, que podem contribuir para a conquista de maiores níveis de satisfação, quais sejam: a presença de um acompanhante; o suporte emocional; orientações no pré-natal; ter qualidade na relação entre os profissionais e as mulheres; o fornecimento de informações durante a assistência; maior participação das mulheres no controle decisório, para aumentar sua percepção de

estar no controle; uma assistência voltada à mulher e sua família, visando a humanização da atenção ao parto, que promova condições humanas e seguras ao nascimento de uma criança.

Os estudos incluídos também destacam e valorizam o papel da enfermeira obstétrica no processo de gestação, parto e puerpério. Um profissional que demonstra maior proximidade e atenção às necessidades das mulheres, no momento do nascimento, conforme se evidencia pelos maiores níveis de satisfação encontrados. Contudo, os estudos ratificam o seu papel no fornecimento de informações, que poderão resultar em maior autonomia das mulheres, no evento do nascimento de seus filhos.

E, finalmente, realizar esta revisão integrativa permitiu identificar a contribuição das pesquisas acerca da percepção das mulheres sobre o parto normal e cesárea, sintetizar os conhecimentos produzidos, bem como ratificar a importância do desenvolvimento de novas pesquisas e a utilização de seus resultados, para fundamentar a prática clínica e, nesse cenário, a prática baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Tedesco RP, Maia NL Filho, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004 Nov-Dez; 26(10):791-8.
2. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2007 Mar; 11(1):98-104.
3. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006 Mai-Jun; 14(3):414-21.
4. Hotimsky SM, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública.* 2002 Set-Out; 18(5):1303-11.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: MS; 2008.
6. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs*

Health. 1987 Mar; 10(1):1-11.

7. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm.* 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12.
8. Beya SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J.* 1998 Abr; 67(4):877-80.
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs.* 2005 Dez; 52(5):546-53.
10. Silva MO, Lopes RLM, Diniz NMF. Vivência do parto normal em adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2004 Set-Out; 57(5):596-600.
11. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública.* 2009 Nov; 25(11):2480-8.
12. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev Bras Enferm.* 2006 Nov-Dez; 59(6):740-4.
13. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol. Reflex. Crit.* 2005 Mai-Ago; 18(2):247-54.
14. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006 Jul; 22(7):1483-91.
15. Silva JMO, Lopes RLM, Diniz NMF. Uma aproximação ao ser adolescente primípara através da entrevista fenomenológica. *Rev Enferm UERJ.* 2002 Set-Dez; 10(3):222-5.
16. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(1 Supl):52-62.
17. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos, PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletr Enferm.* 2008 Mai-Ago; 10(2):337-46.
18. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG.* 2009 Dez; 116(13):1755-61.

19. McGrath P, Ray-Barruel G. The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section. *Int J Nurs Pract.* 2009 Ago; 15(4):271-79.
20. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Bürgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004 Jul; 115(1):43-50.
21. Osis MJD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Nov; 75(1 Supl):59-66.
22. Callister LC, Vehvilainen-Julkunen K, Lauri S. Giving birth: perceptions of finnish childbearing women. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2001 Jan-Feb; 26(1):28-32.
23. Oweis A. Jordanian mother's report of their childbirth experience: findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Pract.* 2009 Dez; 15(6):525-33.
24. Baston H, Rijnders M, Green JM, Buitendijk S. Looking back on birth three years later: factors associated with a negative appraisal in england and in the netherlands. *J Reprod Infant Psychol.* 2008 Nov; 26(4):323-39.
25. Bryanton J, Gagnon A, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Jan-Feb; 37(1):24-34.
26. Bailham D, Slade P, Joseph S. Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. *J Reprod Infant Psychol.* 2004 Ago; 22(3):157-65.

4.2 ARTIGO 2 – PARTO NORMAL E CESÁREA:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE OS
VIVENCIARAM

Artigo a ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, conforme Instrução da própria revista aos Autores (Anexo C).

PARTO NORMAL E CESÁREA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE OS VIVENCIARAM¹

Manuela Beatriz Velho²
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

Autor correspondente:

Manuela Beatriz Velho, Rod. Virgílio Várzea, nº 2970, Ilha de Bari, Torre II, ap. 304, Bairro: Saco Grande, Florianópolis, SC, manuelavelho@hotmail.com, (048) 9902-7725.

¹ Artigo extraído da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEn/UFSC), apresentada por Manuela Beatriz Velho. O estudo teve como fonte de apoio o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através de Bolsa de Estudo.

² Enfermeira, Especialista em Obstetrícia, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bolsista CNPq, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) do PEn/UFSC, manuelavelho@hotmail.com - Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro e Líder do GRUPESMUR do PEn/UFSC, evangueliaufsc@hotmail.com - Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

PARTO NORMAL E CESÁREA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE OS VIVENCIARAM

Resumo

Com o objetivo de conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram, realizou-se uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa. Foram realizadas entrevistas episódicas entre julho a outubro de 2010, com mulheres que vivenciaram ambas as vias de parto, totalizando 20 participantes, com saturação teórica durante a coleta e análise de conteúdo. Os resultados revelam, na vivência da maternidade, representações como: a busca de informações; o vivenciar da parturição sozinha versus acompanhada; e a mulher não tem opção de escolha. O parto normal engloba temas centrais como: ambivalência de sentimentos; percepção positiva; dificuldades enfrentadas; e hospitalização. A cesárea está relacionada com ambivalência de sentimentos, a solução de um problema e a preferência pela cesárea. O parto normal é um desafio para as mulheres, porém os sentimentos positivos superam as dificuldades, enquanto que a cesárea está associada aos benefícios físicos de sua realização.

Descritores: Parto Normal; Cesárea; Percepção; Enfermagem; Comportamento Social; Pesquisa Qualitativa.

NATURAL CHILDBIRTH AND CESAREAN SECTION: SOCIAL REPRESENTATIONS OF WOMEN WHO EXPERIENCED THEM

Abstract

Aiming to understand the social representations of natural childbirth and cesarean section for women who experienced them, a descriptive, qualitative research was development. Interviews were conducted from July to October 2010, with women who experienced both types of birth, amounted 20 participants determined by theoretical saturation during data collection and content analysis. Results show experience of motherhood: the search for information, the experience of childbirth alone versus support at birth and that woman has no option of choice on type of birth. Natural childbirth includes important issues such as: the ambivalence of feelings, positive perception, difficulties and hospitalization. Cesarean section is associated with ambivalence of feelings, understood as a solution of a problem and the preference for cesarean section. The natural childbirth is a challenge for women, but the positive feelings outweigh the difficulties, while the cesarean section is associated to the

physical benefits of it's execution.

Descriptors: natural childbirth, cesarean section, perception, nursing, social behavior, qualitative research.

PARTO NORMAL Y CESÁREA: REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES QUE LOS EXPERIMENTARON

Resumen

Con el objetivo de conocer las representaciones sociales del parto vaginal y de la cesárea de las mujeres que los experimentaron, se llevo a cabo un estudio descriptivo, de carácter cualitativo. Se hicieron entrevistas episódicas entre julio y octubre de 2010, con mujeres que experimentaron ambas formas de parto, para un total de 20 participantes, con saturación teórica en la recolección de datos y el análisis de contenido. En la experiencia de la maternidad, los resultados revelan representaciones como: la búsqueda de información; la experiencia de dar a luz sola en contraposición a estar acompañada; y la mujer no tiene opción de escoger. El parto vaginal incluye temas centrales como: la ambivalencia de los sentimientos, la percepción positiva, las dificultades encontradas, y la hospitalización. La cesárea se asocia con la ambivalencia de sentimientos, la solución de un problema y la preferencia por la cesárea. El parto vaginal es un desafío para las mujeres, sin embargo, los sentimientos positivos superan las dificultades, mientras que la cesárea se asocia con los beneficios físicos de su realización.

Descriptor: parto normal, cesárea, percepción, enfermería, conducta social, investigación cualitativa.

Introdução

A vivência da gestação e nascimento são eventos sociais, que marcam alguns dos momentos mais importantes na vida da mulher, mas que também envolvem o parceiro e sua família, numa experiência singular e permeada de significados. Um evento que faz parte da vida reprodutiva e consiste numa experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor⁽¹⁾.

Na antiguidade, o processo de nascimento era compreendido como um evento natural, de caráter íntimo e privado, compartilhado entre as mulheres e seus familiares e possuía diversos significados culturais. Com o desenvolvimento teórico-prático observado no Renascimento, a obstetrícia passou a ser aceita como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem; houve o incentivo à hospitalização, a intensa medicalização do corpo feminino, que resultou na perda de autonomia e de protagonismo da mulher, na cena do parto⁽¹⁻²⁾.

Os progressos nas técnicas cirúrgicas, anestésicas, hemoterapias e antibioticoterapias tornaram segura a realização de cesáreas. Um procedimento que, primeiramente, foi utilizado em situações extremas, para salvar a vida dos fetos, alcançou larga escala em sua utilização⁽¹⁾.

No Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera epidêmica a elevação das taxas de cesárea, com valores que superam os 15% preconizados⁽³⁾. Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde do Brasil fornecem, em seus índices de cobertura, a proporção de partos cesáreos, cujos valores alcançaram o patamar de 47,39%, no ano de 2007⁽⁴⁾.

A OMS preconiza que o objetivo da assistência ao nascimento é, promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis. Suas recomendações para a assistência ao parto consistem na mudança de um paradigma, entre elas registram-se: o resgate da valorização da fisiologia do parto; o incentivo de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas; além do destaque ao respeito aos direitos de cidadania⁽³⁾.

Tendo respaldo na literatura^(1,3) e em pesquisas científicas⁽⁵⁾ comprovando as vantagens para o binômio sobre o parto normal em relação à cesárea, este trabalho tem como objetivo conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram.

O estudo das representações sociais, teoria escolhida para embasar esta pesquisa, torna possível recuperar o conhecimento cotidiano, ou seja, possibilita descobrir como indivíduos e grupos

constroem o seu conhecimento, com base no conhecimento das suas experiências e dos valores que atribuem às suas vivências⁽⁶⁾.

Assim, partimos da proposição de que as representações sociais, referentes ao parto normal e à cesárea, podem descrever valores que interpretam e reconstróem fatos reais, que orientam as condutas e as comunicações sociais sobre o tema. Por essa razão, acredita-se que conhecimentos podem advir para o entendimento da formação e consolidação de conceitos, socialmente veiculados, bem como que esses conhecimentos tragam importantes contribuições a essa discussão, envolvendo profissionais de saúde, gestores das políticas públicas de saúde e mulheres que desejam ter um filho, e, ainda, que contribuam para a construção de estratégias que possam intervir na realidade e que tragam benefícios para as mulheres, no momento do nascimento.

Método

Este estudo caracterizou-se por uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, embasada no referencial teórico das Representações Sociais⁽⁶⁾, para a compreensão do fenômeno parto normal e cesárea, atribuído pelas mulheres que vivenciaram os dois eventos.

As participantes da pesquisa foram mulheres residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família dos Centros de Saúde da Cachoeira do Bom Jesus e Ponta das Canas ou que utilizam a Unidade de Educação Infantil, todos localizados ao norte da parte insular do município de Florianópolis, SC, Brasil. Para inclusão das participantes, foram observados critérios como: mulheres que tenham tido ambas as experiências de via de parto, cujos eventos tenham ocorrido nos últimos 15 anos, sem delimitar a quantidade e/ou a ordem de seus acontecimentos; mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como critérios para exclusão, considerou-se mulheres cujos fetos apresentaram malformações, óbito fetal intra-útero ou perinatal de seus filhos.

A amostra intencional totalizou 20 participantes, determinada por saturação teórica durante a coleta e a análise dos dados. E foi identificada a não ocorrência ou o surgimento de novas informações, pelo rendimento decrescente durante a análise de conteúdo realizada⁽⁷⁾.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2010, na forma de entrevistas episódicas, realizadas nos Centros de Saúde, na Unidade de Educação Infantil ou em domicílio, conforme consentimento da participante, com auxílio de um roteiro estruturado, elaborado previamente. A entrevista episódica permite compreender as experiências adquiridas pelos sujeitos, sobre determinado conteúdo, que

estejam armazenadas e possam ser lembradas por meio de formas de conhecimento narrativo-episódico, que se aproximam das experiências do sujeito de forma concreta; e semântico, o significado que a pessoa atribuiu àquela experiência⁽⁸⁾.

As entrevistas tiveram duração média de 33 minutos, foram gravadas e transcritas em sua íntegra, para análise de conteúdo sequencial e temática dos dados⁽⁹⁾. Realizou-se a exploração do material com leituras exaustivas, em que o investigador procura uma estruturação específica, que se manifesta por repetições temáticas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o certificado número 635, em 29 de março de 2010. As participantes foram informadas sobre o tema, os objetivos da pesquisa e a garantia do sigilo e anonimato, sendo consentida sua participação voluntária, ao assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caracterização das participantes

A análise da caracterização das participantes apresenta, no universo de 20 mulheres entrevistadas, idade variando entre 23 e 46 anos, sendo a faixa etária predominante dos 30 aos 39 anos. O grau de escolaridade encontra grande diversidade, desde a não conclusão do ensino fundamental até o curso superior completo, sendo mais frequente a conclusão do ensino médio. Em relação ao mercado de trabalho, 80% estavam inseridas exercendo atividades remuneradas, 10% estavam desempregadas e 10% atuavam nas atividades domésticas, sem remuneração.

Das participantes, 85% eram casadas ou referiram união estável e viviam com a família, no domicílio. Todas as mulheres residiam em regiões urbanas, próximas aos Centros de Saúde e Unidade de Educação Infantil. A renda familiar variou entre um e seis salários mínimos, para manutenção de lares nos quais habitavam de 3 a 8 pessoas.

Quanto à vivência das maternidades, 65% das participantes tiveram duas ou três gestações, foram identificadas duas gestações gemelares e 90% das mulheres possuíam entre dois e quatro filhos. A idade dos filhos variou entre 11 meses a 15 anos completos, com predomínio entre 5 e 15 anos.

Resultados e Discussão

Na análise das entrevistas, sob a ótica da compreensão das representações sociais, são descritas três categorias temáticas: o vivenciar da maternidade, o parto normal e a cesárea.

Na primeira categoria temática, *o vivenciar da maternidade*, emergem, independentes da via de parto, parto normal ou cesárea, quatro temas principais: a importância de buscar informações; o vivenciar da parturição sozinha versus auxílio/apoio no momento do nascimento; a mulher não tem participação ou opção de escolha sobre a via de parto; e a forma de atendimento recebido.

As participantes relatam *a importância de buscar informações* com o intuito de se preparar para o momento do nascimento, ao procurarem conhecer os tipos de parto, saber as vantagens do parto normal e da cesárea, ter informações sobre a fisiologia do parto normal e de que forma a via de parto pode influenciar na vida do seu filho. Essa busca de informação faz parte da formação das representações sociais, e esteve amparada em conversas com familiares, seguida de informações obtidas na mídia, como internet, revistas e televisão, ou, ainda, na utilização de livros e no contato com os profissionais da área da saúde.

A preparação da gestante. Tem que ir mais preparada, tem os cursos de gestantes, os encontros que a gente faz no posto de saúde, isso também ajuda a gente bastante. (P12)

Para que a mulher tenha mais segurança, participação e autonomia no momento do nascimento⁽¹⁰⁾, ela necessita do acesso a um conhecimento que tenha embasamento científico⁽¹¹⁾, ainda que, nas relações entre os profissionais de saúde e as parturientes, estejam envolvidos aspectos complexos, que vão além do poder de argumentação da mulher⁽¹²⁾.

O vivenciar da parturição sozinha versus auxílio/apoio no momento do nascimento, foi identificado pela ausência de um acompanhante, descrito, em alguns momentos, como uma opção, em outros pela indisponibilidade familiar ou impedimento institucional. A ausência de acompanhante por impedimento institucional esteve associada ao sentimento de solidão, porém esta ausência justifica-se, neste estudo, pela aprovação, em 07 de abril de 2005, da lei brasileira, Lei n. 11.108, que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante, data posterior a experiência de nascimento, em algumas mulheres entrevistadas⁽¹³⁾.

Porque eu fiquei sozinha numa sala sentindo a maior dor, fiquei mais de uma hora lá naquela contração e não tinha ninguém ali para segurar a mão, para falar: “calma, já estamos indo, calma”. (P3)

As mulheres ressaltam a importância do auxílio/apoio no momento do nascimento, com a presença de um acompanhante, podendo ser um familiar ou companheiro, para propiciar tranquilidade e calma, simplesmente estar ao lado, fornecer carinho, atenção e controlar

a ansiedade. Estudos afirmam que os maiores níveis de satisfação com parto foram encontrados na presença de um acompanhante, principalmente quando a escolha deste, foi realizada pela mulher⁽¹⁴⁾.

Poder apertar a mão de alguém que você ama é tudo. Então ele me dizendo assim: “Já vai acabar logo, já vai passar, o nosso bebê já vai nascer”. Foi muito bom. [risos] (P10)

No tema, **a mulher não tem participação ou opção de escolha sobre a via de parto**, parto normal ou cesárea, observa-se que a decisão cabe aos profissionais de saúde, além de existir um incentivo por parte destes, ao parto normal. Destaca-se que as mulheres participantes desta pesquisa foram atendidas pelo SUS e referiram que a realização das cesáreas teve indicação médica. As recomendações da OMS, sobre a assistência ao parto normal, afirmam: “deve existir uma razão válida, para interferir no processo natural”⁽³⁾, contudo existem posturas contrastantes na assistência obstétrica brasileira. Uma pesquisa realizada em maternidades públicas e privadas no estado de Santa Catarina, Brasil, afirma que as gestantes estão culturalmente conscientes de que não tem o direito à opção programada pela cesárea, em face da normatização das políticas públicas, uma contradição à condição social de possuir um plano de saúde, que torna possível a escolha da via de parto⁽¹⁵⁾.

Os meus três filhos foram sem opção de escolha. Eu acho que eles avaliam se tu podes ter um parto normal ou se tu vais ter que fazer cesárea. Eu acho que é eles quem decidem, na realidade. Porque se tu podes ter um parto normal, tranquilo. (P5)

A avaliação negativa da **forma de atendimento recebido** pelos profissionais de saúde, independente da via de parto, de maneira rude e agressiva, com indiferença, indica que a mulher não encontra o apoio desejado. Alguns estudos identificam a insatisfação das mulheres com a experiência do nascimento, devido à má atenção da equipe⁽¹⁶⁾. Em contraposição, a avaliação positiva do atendimento prestado, realizado de forma calma e atenciosa, com orientação e cuidado, em atitudes carinhosas, que auxiliam e promovem apoio e conforto, repercutem em tranquilidade, segurança e confiança no atendimento, identificados tanto no parto normal, como na cesárea.

[...]elas tentaram passar para mim toda a segurança. Fica tranqüila que a gente está aqui para te ajudar, fica segura que a gente sabe o que a gente está fazendo, faz a tua parte, mãezinha, que a gente vai fazer a nossa. Eles explicavam assim, sabe, não fica trancando, respira fundo quando sentir contração. Eles foram muito especiais no momento do parto normal. (P1)

Na segunda categoria temática, **o parto normal**, englobam-se os temas centrais de suas representações sociais: ambivalência de

sentimentos, percepção positiva do parto normal, dificuldades enfrentadas e hospitalização.

A **ambivalência de sentimentos** demonstra as dificuldades enfrentadas no trabalho de parto em contraposição com as facilidades da recuperação.

A gente sofre um pouquinho mais [risos], mas o parto normal é bem melhor. (P11)

Os aspectos negativos desta ambivalência são remetidos ao trabalho de parto e à lembrança da dor, uma palavra recorrente na fala das mulheres quando se referem ao parto normal. É possível perceber a existência de uma concepção sobre a dor no trabalho de parto, mesmo antes de vivenciá-la, e que a espera gera dúvidas e conflitos entre a dor esperada e a dor percebida.

Aí eu falei: - Mãe, como é que a senhora falava para mim, ah... que morre de dor! Que dor? Que dor é esta? Eu já estava a ponto de ganhar e não tinha sentido dor! Porque eu só fui sentir dor mesmo, praticamente quando ela já estava saindo. (P4)

As mulheres relataram uma dor intensa, que aumenta gradativamente. Uma dor fora do normal, tipo dor de dente, inevitável, que você não pode calcular, mas dói bastante, uma dor irritante, insuportável, a pior dor que tem. Com o intuito de cessar as dores, elas desejam o nascimento rápido do bebê ou a realização da cesárea, pois a dor intensa gera angústia e ansiedade.

Mas eu jamais imaginaria que seria tanta dor, a dor a gente não sente, né! Ver é uma coisa e sentir é outra completamente diferente. (P8)

Nessa mistura de sensações, algumas mulheres descreveram a dor, no trabalho de parto, de forma mais branda. Começa com uma dor leve, são “fisgadinhas” de dor, uma dor que “esquenta” e se intensifica somente nos momentos finais, mas que são controláveis, uma dor que “não é tudo aquilo” que falam. Uma dor rápida, que passa com o nascimento do bebê e que, depois, vem acompanhada de um sentimento de paz, de alívio; o corpo relaxa, não restam forças para mais nada, uma dor esquecida, não há mais lembranças da dor.

[...] daí começou a doer, doer, doer [...] mas a dor é assim, ela é momentânea, passa e tudo certo, uma dor bem suportável, dá para aguentar. A gente fala depois que passa: - Não dói tanto assim [...] (P1)

A percepção da dor extrapola os limites da fisiologia do corpo, advém de um contexto cultural, e somente as mulheres que vivenciaram podem descrever⁽¹⁷⁾. A dor, muitas vezes, é percebida como um aspecto intrínseco da parturição. Estudos mostram que o alívio da sensação dolorosa pode ocorrer com apenas o uso de métodos não-farmacológicos, como a presença de um acompanhante, a mudança de

posição, a cadeira de balanço, a acupressão, as massagens e o banho de aspersão⁽¹⁸⁾.

Os aspectos positivos da ambivalência são descritos na recuperação do parto normal, ela é mais simples, rápida, fácil e tranquila. A recuperação é melhor, a mulher sente-se a mesma depois do parto normal, com independência para caminhar, realizar cuidados de higiene pessoal e atividades domésticas, cuidar do bebê, além de uma recuperação mais rápida do seu próprio corpo. Estudos com mulheres que vivenciaram o parto normal descrevem essas características como de satisfação, preferência ou vantagens associadas ao parto normal^(9,19-20).

Assim, muito rápida a recuperação, tu consegues estar bem depois de um parto normal [...] (P20)

Como parte **da percepção positiva do parto normal**, as atitudes podem ser identificadas como uma das dimensões da representação social, ao verificar os julgamentos que os sujeitos emitem sobre o objeto de pesquisa⁽²¹⁾, como: *O parto normal é melhor!* (P4) Descrevem, ainda, percepções positivas sobre o parto normal como sendo este mais tranquilo, rápido, simples e prático. Não necessita de muitos profissionais ou instrumentação, a melhor experiência, o parto ideal, na verdade, para a mulher e o bebê.

Que eu tenho convicção que o melhor para o bebê e a gestante é o parto normal. É melhor! (P4)

A maioria das mulheres deste estudo, embora todas tenham vivenciado a cesárea, declararam sua preferência pelo parto normal, juntamente com o desejo, a expectativa de vivenciá-lo e o incentivo dos familiares, ao aconselhar o parto normal como a melhor alternativa. Os sentimentos positivos são descritos em palavras como lindo, maravilhoso, gratificante, algo mágico, encantado, cheio de prazer e alegria.

Eu sabia assim como era o parto normal e até quando eu fiquei grávida do meu filho, eu falava, - Não, esse eu quero ter parto normal, eu quero saber como é que é? Eu quero ter essa experiência também! Eu acho que eu aconselharia todo mundo a fazer parto normal, é a melhor coisa que tem, é muito mais gratificante! (P1)

As participantes descreveram que o parto normal é visto como a ordem natural das coisas, um evento mais saudável, em que o bebê nasce espontaneamente, significa dar a vida a um ser humano. O parto normal possibilita adotar uma postura ativa, movimentar o seu corpo, receber massagens, realizar o banho terapêutico, exercícios com a bola e o cavalinho. Ressaltam o protagonismo da mulher, considerando que é ela quem vai dar à luz. Os profissionais estão presentes somente para

auxiliar, ela participa e vê o nascimento do seu filho, sente e sabe o que está acontecendo, tanto a mulher como a criança se ajudam.

Parto normal é a forma natural, eu acho que é a forma mais natural possível de ter filho. (P19)

Eu posso dizer que dela, eu senti mais as coisas, de poder participar da força, de fazer a força pra ter ela, pegar no colo, aquela coisa, de ver. Então, por isso que eu acho que o parto normal é melhor, porque a gente está ali, participando do parto. (P17)

Nesse sentido, o parto normal é considerado um evento natural na vida da mulher.⁽¹⁰⁾ Estudos reafirmam a preferência feminina pelo parto normal, associada à qualidade da relação com o bebê, à vivência do protagonismo, maior satisfação com a cena do parto⁽⁹⁾, evitar as complicações da cesárea⁽¹⁹⁾, menor sensação dolorosa⁽²⁰⁾ e a melhor recuperação no pós-parto^(9,19-20), com a alta hospitalar e o retorno as suas atividades diárias mais cedo⁽²⁰⁾.

As participantes descrevem que o parto normal proporciona o contato mais íntimo que alguém possa imaginar ter com o seu bebê, uma maior liberdade e interação ao ter o seu filho pertinho de você.

E aquela sensação de ter o contato com a criança assim que nasceu, de já estar no seu colo, o contato na hora... só o parto normal pode dar isso... e isso é muito bom! (P3)

Comportamentos de reconhecimento e aproximação podem ser percebidos no contato pele a pele entre mãe e bebê, logo após o nascimento, num processo de identificação, agora concreto e sem barreiras físicas. Para isso, as mães utilizam-se dos sistemas sensoriais e observam as repercussões em seus bebês, estabelecidos no toque da pele, na fala e no reconhecimento de suas vozes, o ato de cheirar os seus bebês e a troca de olhares, quase como uma revelação⁽²²⁾.

Com a participação das mulheres no parto normal, floresce um sentimento maternal, uma cumplicidade entre mãe e bebê, que a faz considerar-se mais mulher e sentir-se realmente mãe. Esse dado evoca a discussão de que “mãe de verdade é aquela que sente dor”, no que diz respeito à natureza da dor de parto e à capacidade de superá-la. Um componente natural e essencial da maternidade que, embora represente sofrimento, as mulheres expressam desejo de vivenciá-la e sentem-se capazes de tolerá-la⁽¹⁰⁾.

No parto normal é ser mais mãe ainda, porque a gente sofre junto com o bebê pra ele nascer e ajuda ele a nascer. Então, é uma cumplicidade entre o bebê e a mãe, a gente se sente mais mãe depois do parto normal, a gente se sente mais mulher. (P10)

Dentre as **dificuldades enfrentadas** no parto normal, encontram-se a evolução do trabalho de parto, a presença de sofrimento e a demora

em sua evolução. Também são identificadas algumas complicações no pós-parto, entre elas a inflamação dos pontos, febre, hemorroidas e problemas relacionados à placenta. Emergem sentimentos negativos como medo do parto e do desconhecido, medo de tentar um parto normal e não conseguir, medo de acontecer algo ruim com o bebê. Com isso, elevam-se a ansiedade, o nervosismo e o desespero, que resultam numa experiência não muito boa. O fornecimento de informações adequadas no pré-natal e durante a assistência obstétrica recebida, proporciona segurança às mulheres atendidas, no momento do nascimento⁽⁹⁾.

Não imaginava que seria tão difícil, foi bem difícil. Aquela hora ali é bem... a mulher tem que ser forte mesmo, porque não é na hora que você está tendo o bebê, são as contrações que são bem fortes. (P18)

Na **hospitalização**, uma experiência, vivenciada por todas as mulheres entrevistadas, recorrente em suas falas, foi a administração de comprimidos ou soro, com o objetivo de induzir o parto ou acelerar suas contrações. Esses procedimentos foram compreendidos pelas mulheres como rotineiros e dentro da normalidade, muitas vezes com o próprio entendimento de que seus corpos estariam impossibilitados de desencadear o trabalho de parto de forma espontânea ou ignorando a real necessidade de tal intervenção. Dessa forma, as próprias mulheres deixam de ver o parto como um evento fisiológico, o qual necessita de uma assistência especializada e do respaldo de uma instituição hospitalar, como observamos a seguir:

Ai eu internei, passaram os procedimentos, foi aplicado medicação para acelerar as contrações, porque eu não tenho contração. Quando eu tenho as contrações já é quando o neném já está praticamente saindo, quando eu tenho contração forte mesmo. (P4)

A terceira categoria temática deste estudo, a **cesárea**, mostra as representações sociais a partir de temas centrais, como: a ambivalência de sentimentos, a cesárea é mais complicada, a cesárea como solução de um problema e a preferência pela cesárea.

O tema **ambivalência de sentimentos** na cesárea destaca em seus aspectos positivos, a facilidade de sua realização, uma forma mais rápida e cômoda, um momento agradável e tranquilo, tendo ênfase sobre a ausência de sofrimento. Entretanto, as mulheres afirmam que é um engano a opção pela cesárea para livrar-se da dor. Elas mencionaram muitas dificuldades na recuperação da cesárea, uma vez que a sensação dolorosa leva à dependência de outras pessoas na manutenção de suas atividades diárias, a necessidades de cuidado corporal, dificuldades para caminhar e manter a postura, ou cuidar e amamentar o seu bebê.

Estudos apresentam a comparação das mulheres, sobre a dor e

sua relação com a via de parto. No parto normal a dor está presente em todo o momento, porém tolerável⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e permite o retorno a suas atividades normais mais cedo⁽²⁰⁾, enquanto que, na cesárea, a dor está ausente inicialmente, mas aparece como uma consequência operatória⁽¹⁹⁾, sendo mais persistente e incapacitante⁽²⁰⁾.

A dor que tu sentes depois, na recuperação, é completamente pior, tu dependes muito das outras pessoas numa cesárea. Já é mais complicado, se tu vens para casa, tu não consegues fazer nada, não dá para ficar pegando o neném no colo toda hora, porque dói. (P1)

No tema **a cesárea é mais complicada**, observa-se uma afirmação que novamente pode ser compreendida, como a dimensão de atitude das representações sociais, frente à cesárea⁽²¹⁾. Ela é vista como um procedimento mais sofrido, associado a eventos negativos desde o princípio, como as complicações da gravidez. Alguns sentimentos negativos também foram identificados, entre os quais estão o temor, o nervosismo, o receio de complicações, a aversão e o trauma do procedimento. Um pesadelo em suas vidas, do qual nem gostariam de lembrar.

A cesárea já é mais complicada, é bem difícil a cesárea, a recuperação e tudo também. Na cesárea tu podes pegar uma infecção hospitalar, como eu peguei, então a cesárea é muito complicado, eu já tinha aquele medo, entendeu? A cesárea foi um trauma pra mim. (P15)

A compreensão da cesárea como uma cirurgia é relatada pelas mulheres desde o preparo do ambiente, os cuidados necessários com a anestesia, as várias pessoas presentes ao seu redor, a instrumentação cirúrgica, até o corte e todo o trabalho sendo realizado por uma equipe, tendo o profissional médico como a figura principal. Um procedimento cirúrgico que deve ser evitado, pois tem maior gravidade, ao envolver riscos, como desenvolver uma infecção, uma hemorragia ou sofrer um choque anafilático. Nesse sentido e que por todos esses motivos, as cesáreas devem possuir uma indicação ou justificativa para sua realização.

Ah, eu acho que a cesárea é a mesma coisa que você estivesse internada e fosse operada, entende? Que tivesse que cuidar, andar devagar, cuidar dos pontos pra não arrebentar e cuidar de tudo, assim, eu acho que é isso. (P11)

As mulheres descrevem as complicações mais presentes, entre elas a cefaleia pós-raquianestesia, assim como os efeitos adversos da anestesia: angústia, falta de ar, vômitos e dor no local da punção. Dentre as complicações cirúrgicas estão a inflamação dos pontos, eventuais hemorragias, infecção puerperal ou a necessidade de submeter-se a uma nova cirurgia.

A infecção e as complicações... É tudo o que eu passei, como a cefaleia, que

eu tive que voltar para a sala de cirurgia, para eles injetarem sangue, um sangue na minha espinha, porque eu sentia uma dor de cabeça muito grande, não conseguia nem levantar da cama, eu era uma pessoa enorme! (P01)

Na cesárea, a mulheres relataram que não participam, elas não sentem o seu bebê, não sabem o que está acontecendo, estão impossibilitadas de ver o nascimento de seus filhos, seja pelo procedimento cirúrgico com os campos operatórios, ou pelo procedimento anestésico, que as deixavam sonolentas.

Eu acho que na cesárea, como você fica anestesiada, tu não sente nada. O problema da cesárea é que a gente não vê nada, tanto que quando o meu bebê nasceu, eu não vi se ele estava sujo, se estava limpo, como é que estava? Então, tu fica deitada ali e tu não tem noção de nada. (P03)

A **cesárea** é percebida como **a solução de um problema**, uma necessidade, não por opção ou estética, mas quando a mulher ou a criança apresentam complicações e não existe outra solução.

Eu pensava na cesárea como a solução de um problema, entendeu? Não pensava como o parto normal que é aquela coisa natural, eu já pensava como a solução de um problema que tenha no parto, tanto com a mãe ou com o neném, então é a solução de um problema, porque vai ter que ser daquela maneira mesmo. (P2)

Os temas centrais da categoria de representações sociais da cesárea, nomeados como: a cesárea é mais complicada e a cesárea como a solução de um problema, fazem parte de um conhecimento de domínio das mulheres entrevistadas, que assemelham-se ao conhecimento científico. Os estudos controlados endossam esse conhecimento ao afirmarem que a cesárea é classificada como uma cirurgia de grande porte, que pode trazer benefícios para a mãe e para o feto, como também podem implicar riscos significativos. Assim, para se manterem os riscos em nível mínimo, devem ser evitadas cirurgias desnecessárias e observada atenção rigorosa às técnicas anestésicas e cirúrgicas⁽⁴⁾.

A **preferência pela cesárea**, apesar de não ser expressiva na frequência de aparição na fala das mulheres entrevistadas, é importante pelo seu significado, ainda que apresentem contradições. Uma das entrevistadas declarou sua preferência pela cesárea, baseada na possibilidade de planejar o nascimento de seu filho, embora o seu relato tenha destacado as percepções positivas vivenciadas no parto normal. Outras duas mulheres referiram a dor e o medo em experiências prévias com o parto normal, na preferência pela cesárea, não obstante, afirmaram que o parto normal é melhor, sugerem essa via de parto às mulheres e reiteram que é preciso aguardar o desencadear do trabalho de parto, para submeter-se a uma cesárea.

[...] se por acaso eu engravidasse novamente, eu iria pensar seriamente em fazer uma cesárea. Não que eu possa te dizer que a cesárea seria melhor, porque eu

acho que o parto foi muito mais simples, entendeu? Mas o fato de eu ter sofrido tanto, de ter passado tanto tempo lá, entendeu? Me levaria a pensar em fazer uma cesárea já, antes de passar por tudo aquilo... que olha, foi... foi terrível. (P17)

Destaca-se, neste estudo, sob a ótica das mulheres, que a justificativa da preferência pela cesárea para livrar-se da dor é uma ilusão, pois a dor está presente no pós-operatório e resulta em dificuldades vivenciadas em sua recuperação. Para que a mulher possa lidar com a dor no trabalho de parto, foram aplicados, em primíparas, alguns métodos não-farmacológicos para alívio da dor, tais como a focalização de atenção, o banho de aspersão e o uso da bola obstétrica, os quais obtiveram maiores níveis de satisfação⁽²³⁾. Como a dor possui limiares distintos entre as mulheres, também observados neste estudo, a analgesia de parto, por via epidural, mostra-se igualmente como alternativa efetiva no controle da dor, durante o trabalho de parto⁽²⁴⁾, descaracterizando a solicitação de cesárea pelas mulheres, para fugir da dor.

Considerações finais

O estudo das representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram, mostra, em seus resultados, aspectos positivos e negativos relacionados a cada via de parto, bem como a vivência da maternidade nos dias atuais. Em outras palavras, as mulheres conseguem perceber os benefícios do parto normal em relação à cesárea, tendo consciência das dificuldades enfrentadas no parto normal, como também os riscos atribuídos ao procedimento cirúrgico.

Ao compreendermos as representações sociais como um conhecimento elaborado socialmente, com a finalidade de construir uma realidade social, que regula nossa relação com o mundo, direciona nossas condutas e comunicações em sociedade⁽²⁵⁾, pode-se deduzir que: o conhecimento identificado assemelhou-se ao conhecimento científico e que, por sua vez, estando em poder das mulheres, podem resultar em maior autonomia frente ao parto normal e sua evolução, quando for possível o diálogo entre as mulheres e os profissionais de saúde.

Ao refletir sobre a assistência prestada às mulheres no momento do nascimento, apreende-se que, para uma vivência mais positiva e satisfatória, não importando a via de parto, esta seria beneficiada com a busca de informações, pelas mulheres, durante o pré-natal, além de receber informações durante a assistência e os procedimentos realizados. A garantia do direito à presença de um acompanhante, para promover apoio e conforto no momento do nascimento; a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e a

redução dos níveis de dor, na recuperação pós-operatória da cesárea; e, principalmente, a atenção dos profissionais de saúde, ao prestar uma assistência de qualidade, com a garantia dos direitos de cidadania.

As falas relatadas neste estudo apontam que não se pode associar as elevadas taxas de cesárea, encontradas na atualidade da assistência obstétrica brasileira, a uma solicitação ou desejo das mulheres. Mostram, ainda, que a vivência do parto normal é um desafio para as mulheres, mas que os sentimentos positivos superam essas dificuldades. De outro modo, a cesárea, apesar de ser mais rápida e cômoda, ao propiciar um momento agradável e tranquilo, não está associada a sentimentos positivos, mas, sim, aos benefícios físicos de sua realização.

Como contribuição aos profissionais de saúde, envolvidos na assistência ao parto e nascimento, a compreensão do significado atribuído pelas mulheres que vivenciaram o parto normal e a cesárea, pode trazer repercussões e mudanças na prática assistencial, direcionando a assistência para a real necessidade das mulheres atendidas. Com isso, as mulheres teriam experiências mais positivas do evento do nascimento de seus filhos, elevar-se-iam os níveis de satisfação e garantiríamos a implementação da humanização da assistência ao parto e nascimento.

Finalmente, é importante ressaltar que, para o bem-estar materno e fetal, as representações sociais do parto normal e da cesárea incluem aspectos físicos, emocionais e socioculturais envolvidos, que precisam ser respeitados na individualidade e integralidade de cada ser humano, como a preferência por uma ou outra via de parto.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. 199 p.
2. Osava RH, Mamede MV. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *J Bras Ginecol.* 1995;105(1/2):3-9.
3. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996. 54 p.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Indicadores e dados básicos do Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2009 jun 03]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>
5. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Cesariana. In: Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C,

- Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 279 p.
6. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003. 404 p.
7. Ghiglione R, Matalon B. O inquérito. Teoria e prática. 2th.ed. Oieras: Celta Editora; 1993. 370 p.
8. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2th.ed. Porto Alegre: Bookman; 2004. 312 p.
98. Bardin L. Análise de conteúdo. 5th.ed. Lisboa: Edições 70; 2009. 277 p.
10. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. Cad Saúde Pública. 2009;25(11):2480-8.
11. Gualda DMR. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. Rev Esc Enferm USP. 1994;28(3):332-6.
12. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev Lat-am Enfermagem. 2002;20(5):667-74.
13. Lei n. 11.108 de 07 de abril de 2005 (BR). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 08 abr 2005 [citado 30 jan 2011]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>
14. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Carvalhinho ASC 3rd. [Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled Trial]. Reprod Health. 2007;4(5):1- 7.
15. Pereira RR. Protagonismo da mulher: representações sociais sobre o processo de parturição [dissertação de mestrado]. Joinville (SC): Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville; 2010. 186 p.
16. Mccallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(7):1483-91.
17. Saito E, Gualda DMR. A importância do enfoque cultural na compreensão da dor de parto. Rev Paul Enferm. 2002;21(2):148-155.

18. Callister LC, Vehvilainen-Julkunen K, Lauri S. [Giving birth: perceptions of finnish childbearing women]. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2001;26(1):28-32.
19. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos, PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletr Enferm.* 2008;10(2):337-46.
20. Osis MJD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. [The opinion of brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section]. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75 Suppl 1:S59-66
21. Doise W. Atitudes e representações sociais. In: Jodelet D. organizer. *As representações sociais.* Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p. 187-203.
22. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Monticelli M, Siebert, ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2010;14(1):105-12.
23. Gayeski ME. Aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. 140 p.
24. Pedone JCZ, España JAC. [Analgesia epidural para el trabajo de parto]. *Iatreia.* 2008;21(4):355-363.
25. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizer. *As representações sociais.* Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p. 17-44.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da gestação e do nascimento, como eventos que passam toda a história de nossa humanidade, foi e sempre será marcada por profundos sentimentos e transformações, na vida das mulheres e de seus familiares. Porém, o que antes era visto como um evento íntimo e feminino teve suas características inversas quando o homem alcança os avanços científicos e tecnológicos. E, com isso, a maternidade passa a ser vivenciada dentro de uma estrutura médico-hospitalar, com regras e padrões impostos, que cerceiam o evento do nascimento e retiram da mulher a sua essência, o protagonismo de ser mãe.

Nas últimas décadas, observa-se uma preocupação mundial com o processo do nascimento; procura-se o resgate à fisiologia do parto, uma relação de harmonia entre as necessidades da clientela e os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas, com respeito aos direitos de cidadania. No Brasil, as políticas públicas direcionam a atenção obstétrica e neonatal para uma assistência mais humanizada e de qualidade. Observa-se, porém, que essas políticas não asseguram que a humanização da assistência ao parto seja implementada na prática.

Compreender as representações sociais do parto normal e da cesárea, a partir da vivência das mulheres, nos permite refletir sobre esse acontecimento. O depoimento das mulheres que vivenciaram experiências tão divergentes como o parto normal e a cesárea, nas quais existem a possibilidade de protagonizar o evento ou a entrega de seus corpos aos profissionais de saúde, nos levou a questionar: de que forma essas mulheres elaboram seus conhecimentos, baseados em suas experiências pessoais e no meio social em que vivem?

A revisão integrativa realizada, acerca da percepção de mulheres que vivenciaram o parto normal e/ou a cesárea, revela a produção de um conhecimento científico que reafirma a importância da parturição na vida das mulheres e apresenta diferentes percepções e opiniões sobre a via de parto, apontando aspectos positivos e negativos.

O parto normal evidencia, nos aspectos positivos, a vivência do protagonismo, maior satisfação com a cena de parto e melhor recuperação. Quanto aos aspectos negativos, identificam-se as complicações com o bebê; o parto demorado ou difícil; a ausência de acompanhante para fornecer apoio; a institucionalização do parto traduzida pelo medo, sofrimento e abandono, assim como a má atenção da equipe.

Na cesárea, os aspectos positivos estão associados à ausência de dor; a evitar o medo do parto; ser um procedimento mais rápido, à possibilidade de realizar uma laqueadura, a ter maior controle, ser uma experiência agradável e desfrutar com segurança da criança. Os aspectos negativos envolvem as dores do pós-parto; as dificuldades na recuperação; os riscos da cirurgia; preocupações e experiências prévias com a anestesia e maiores níveis de medo, quando comparados ao parto normal.

Nesta revisão integrativa, a desqualificação da assistência adquire relevância em seus resultados, ao perceber que os profissionais de saúde encontram-se distanciados das mulheres assistidas e não conseguem perceber, suas reais necessidades de suporte físico e emocional. Para os gestores e formuladores de políticas públicas e os programas de incentivo à humanização da assistência ao nascimento no Brasil, é necessário um repensar de suas estratégias de ação, para que melhores resultados sejam obtidos.

Realizar esta revisão integrativa permitiu identificar a contribuição das pesquisas acerca da percepção das mulheres sobre o parto normal e a cesárea, sintetizar os conhecimentos produzidos, bem como, ratificar a importância do desenvolvimento de novas pesquisas e a utilização de seus resultados, para fundamentar a prática clínica e, nesse cenário, a prática baseada em evidências científicas.

Quanto à pesquisa de campo, as representações sociais mostram em seus resultados, no vivenciar da maternidade, a importância de buscar informações, o vivenciar da parturição sozinha versus a presença de um acompanhante para dar auxílio/apoio no momento do nascimento, a mulher não tem participação ou opção de escolha sobre a via de parto e os contrastes e repercussões na forma de atendimento recebido.

Sobre o parto normal, as representações sociais encontradas descrevem, na ambivalência de sentimentos, as dificuldades enfrentadas no trabalho de parto, principalmente relacionadas à dor em contraposição com as facilidades, pois a recuperação é mais simples e rápida. As percepções positivas, como a preferência, um evento mais natural, a postura ativa, o protagonismo, o contato mais íntimo com o bebê e o sentimento de ser mãe. Contudo, o parto normal também apresenta dificuldades, principalmente durante a evolução do trabalho de parto, algumas complicações no pós-parto e sentimentos negativos, permeados de medo e nervosismo. Outra representação do parto normal foi a hospitalização e a instituição de alguns procedimentos.

Nas representações sociais da cesárea, a ambivalência de sentimentos adquiriu outras características - a princípio, a facilidade de

sua realização e a ausência de sofrimento, mas que levam às dificuldades inerentes de uma recuperação cirúrgica. Na cesárea, vista como um procedimento mais complicado, estão presentes sentimentos negativos de temor e nervosismo, além da concepção de ser uma cirurgia, da ausência de participação da mulher e das complicações estarem mais presentes. Percebem a cesárea como a solução de um problema e fornecem justificativas para a sua preferência.

Torna-se importante destacar que os resultados da pesquisa de campo apontam que não se pode associar as elevadas taxas de cesárea, encontradas na atualidade da assistência obstétrica brasileira, a uma solicitação ou desejo das mulheres. Mostram, ainda, que a vivência do parto normal é um desafio para as mulheres, mas que os sentimentos positivos descritos superam essas dificuldades. A cesárea, por outro lado, apesar de ser mais rápida e cômoda, ao propiciar um momento agradável e tranquilo, não está associada a sentimentos positivos, mas, sim, aos benefícios físicos de sua realização.

Compreendem-se as representações sociais do parto normal e da cesárea como um conhecimento que regula nossa relação com o mundo, direciona nossas condutas e comunicações em sociedade. Essas compreensões podem fazer a diferença na assistência ao nascimento, já que, as representações sociais encontradas sobre o parto normal e a cesárea apresentam semelhanças ao conhecimento científico, podendo resultar em maior segurança, participação e autonomia da mulher no evento do nascimento, quando existir abertura ao diálogo, com os profissionais de saúde.

O estudo de revisão e a pesquisa de campo, desenvolvidos neste trabalho, permitem concluir que, para uma vivência mais positiva e satisfatória no momento do nascimento, frente à experiência do parto normal ou da cesárea, as mulheres teriam benefícios alcançados, ao se prestar uma assistência que promova: a presença de um acompanhante com apoio e conforto no momento do nascimento; o suporte emocional, para amenizar os sentimentos negativos vivenciados; a busca/oferta de informações, orientações fornecidas no pré-natal e a comunicação com os profissionais de saúde no momento do nascimento, para que as mulheres tenham maior participação no controle decisório e percepção de estar no controle; a utilização de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e a redução dos níveis de dor na recuperação pós-operatória da cesárea; ter qualidade na relação entre os profissionais de saúde e as mulheres, visando a humanização da atenção ao nascimento e uma assistência voltada às necessidades da mulher e sua família, com garantia dos direitos de cidadania, na promoção de

condições humanas e seguras ao nascimento de uma criança.

Discussões sobre o tema são necessárias, para todos os profissionais envolvidos na assistência ao nascimento, médicos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, obstetrias e parteiras, assim como a figura das doulas, que emerge na atualidade; todas as pessoas que se tornam responsáveis pela qualidade no atendimento prestado. Discussões que se iniciam ainda durante a assistência prestada no pré-natal, um momento em que as mulheres estão mais receptivas para as atividades educacionais; que passa pelo evento do nascimento em diversos locais, como as instituições hospitalares, os centros de parto normal e aos profissionais que assistem as mulheres no domicílio; além do acompanhamento, no período de pós-parto.

Ressalta-se que, a realização da pesquisa de campo, mostra as representações sociais do parto normal e da cesárea, contudo, suas vivências foram descritas de forma minuciosa, pelas mulheres entrevistadas. Diante da necessidade de atender aos objetivos propostos, houve a necessidade de focar a apresentação dos seus resultados, mas os dados referentes a sua vivência podem ser avaliados posteriormente, sob outros enfoques.

Cabe ainda salientar que a revisão integrativa e a pesquisa de campo apresentam, em sua maioria, estudos de natureza qualitativa, e que, portanto, não permitem generalizações sobre o tema. E mais, que as percepções e o conhecimento das representações sociais sobre o parto normal e a cesárea incluem aspectos físicos, emocionais e socioculturais que precisam ser respeitados na individualidade e integralidade de cada ser humano, como, por exemplo, a preferência por uma ou outra via de parto.

E, finalmente, é salutar o desenvolvimento de pesquisas para a compreensão desses eventos, como o parto normal e a cesárea, a partir da percepção e opinião de mulheres, para que estas direcionem, fundamentem e aprimorem a assistência profissional, ao validar as necessidades da clientela. Dessa forma, as mulheres teriam experiências mais positivas do evento do nascimento de seus filhos, elevar-se-iam os níveis de satisfação e garantiríamos a implementação da humanização da assistência ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

BAILHAM, D.; SLADE, P.; JOSEPH, S. Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. **Journal of reproductive and infant psychology**, Abingdon, v. 22, n. 3, p. 157-165, ago. 2004.

BARBOSA, G. P. E. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASTON, H. et al. Looking back on birth three years later: factors associated with a negative appraisal in england and in the netherlands. **Journal of reproductive and infant psychology**, Abingdon, v. 26, n. 4, p. 323-39, nov. 2008.

BATEY, M. V. Conceptualization: knowledge and logic guiding empirical research. **Nursing research**, Nova York, v. 26, n. 5, p. 324-329, set./out., 1977.

BEYA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **Association of Operating Room Nurses, AORN J**, Nova York, v. 67, n. 4, p. 877-880, abr. 1998.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, mai./jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e dados básicos do Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em: 03 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília, 2008.

_____. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reproductive Health Journal**, Londres, v. 4, n. 5, p. 1- 7, jul. 2007.

BRYANTON, J. et al. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. **Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Filadélfia, v. 37, n. 1, p. 24-34, jan./fev. 2008.

CALLISTER, L. C; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.; LAURI, S.

Giving birth: perceptions of finnish childbearing women. **MCN, American Journal of Maternal Child Nursing**, Nova York, v. 26, n. 1, p. 28-32, jan./fev. 2001.

CARRARO, T.E. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-209, jul./set. 2008.

CASCAIS, A. F. M. V. **Representações sociais da condição de estar estomizado por câncer**. 2007. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 311/2007**. Código de ética dos profissionais em enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
<<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 08 jun. 2009.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Escola de Enfermagem. Revista Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. **Os paradigmas tecnocrático, humanizado e holístico do parto**. Amigas do Parto. 2004. Disponível em:
<http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=167&Itemid=213>. Acesso em: 27 jan. 2010.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In.: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001, p. 187-203.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p.

S52-S62, 2004.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. São Paulo, 2002. 40 p.

DUVEEN, G. Introdução. O poder das idéias. In.: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 7-28.

ENKIN, M. et al. Cesariana. In.: ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 215-217.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, abr. 2006.

FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, ago. 2004.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing and Health**, Nova York, v. 10, n. 1, p. 1-11, mar. 1987.

GAYESKI, M. E. 2009. 140 f. **Aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito**. Teoria e prática. 2 ed. Oieras: Celta Editora, 1993.

GUALDA, D. M. R. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 28, n. 3, p. 332-336, dez. 1994.

HOTIMSKY, S. M. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In.: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 17-44.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, mai./ago. 2005.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, jul. 2006.

MCGRATH, P.; RAY-BARRUEL, G. The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 15, n. 4, p. 271-279, ago. 2009.

MELO, V. H. **Evolução histórica da obstetrícia**. A marginalidade social das parteiras e da mulher. 1983. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1983.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-346, mai./ago. 2008.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. On social representations. FORGAS, J. P. (Org.) **Social cognition**. Perspectives on everyday understanding. London: Acamedic Press, 1981.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOURA, M. A. V. et al. Necessidades e expectativas da parturiente no parto humanizado: a qualidade da assistência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 187-193, set./dez. 2002.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, jul./set. 2005.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-674, set./out. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

_____. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M.V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**: Rio de Janeiro, v. 105, n. 1/2, p. 3-9, jan./fev. 1995.

OSIS, M.J.D. et al. The opinion of brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Nova York, v. 75, suppl. 1, p. S59-S66, nov. 2001.

OWEIS, A. Jordanian mother's report of their childbirth experience: findings from a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 15, n. 6, p. 525-533, dez. 2009.

PEDONE, J. C. Z.; ESPAÑA, J. A. C. Analgesia epidural para el trabajo

de parto. **Iatreia**, v. 21, n. 4, p. 355-363, dez. 2008.

PEREIRA, R. R. **Protagonismo da mulher**: representações sociais sobre o processo de parturição. 2010. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente)-Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente, Universidade da Região de Joinville, Joinville, 2010.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <
<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul./dez., 1998.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 105-112, jan./mar. 2010.

SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. A importância do enfoque cultural na compreensão da dor de parto. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 148-155, mai. 2002.

SIASSAKOS, D. et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 116, n. 13, p. 1755-1761, dez. 2009.

SILVA, M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Vivência do parto normal em adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília,

v. 57, n. 5, p. 596-600, set./out. 2004.

_____. Uma aproximação ao ser adolescente primípara através da entrevista fenomenológica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 222-225, set./dez. 2002.

STADLMAYR, W. et al. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdã, v. 115, n. 1, p. 43-50, jul. 2004.

TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, nov./dez. 2004.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, nov./dez. 2006.

THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 415-427, jul./dez. 2002.

TORLONI, M. R., DAHER S.; BETRAN, A. P.; WIDMER, M.; MONTILLA, P.; SOUZA, J. P.; MERIALDI, M. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. **BMJ**. 342:d276. 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dez. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth.

The Lancet, Boston, v. 326, n. 8452, p. 436-437, ago. 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Manuela Beatriz Velho, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), curso de Mestrado em Enfermagem, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Representações sociais do parto normal e da cesárea para mulheres que os vivenciaram”, sob orientação da Professora Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos.

Tenho como objetivo compreender como as mulheres percebem o parto normal e a cesárea e compartilham esse conhecimento com a comunidade. Acredito que o desenvolvimento desta pesquisa possa contribuir na compreensão da forma de nascimento vivenciada pelas mulheres e permita reflexões aos profissionais de saúde, à comunidade científica e aos gestores das políticas públicas.

Ao participar desta pesquisa, seu nome não será exposto ou identificado. Será realizada uma entrevista gravada, utilizada somente para este estudo, realizada no local de sua escolha (Centro de Saúde, Unidade de Educação Infantil ou domicílio), com duração de aproximadamente 1 hora, sem riscos ou desconfortos para você.

Sua participação acontecerá somente após a assinatura deste documento. Você tem o direito de esclarecer suas dúvidas e/ou desistir da participação a qualquer momento sem prejuízos, ligando para os telefones descritos a seguir.

Gostaria de convidá-la para participar desta pesquisa, se estiver de acordo assine o documento e guarde uma cópia.

Contatos:

Pesquisadora responsável: Dr^a Evanguelia K. A. dos Santos – telefone (048) 3721-9480

Pesquisadora de campo: Mda. Manuela Beatriz Velho – telefone (047) 9902-7725

E-mail: manuelavelho@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora de campo:

Consentimento Pós-informação:

Eu, (nome completo do participante) _____
fui esclarecida sobre a pesquisa e aceito participar desde que respeitadas
às condições antes referidas.

Assinatura: _____ ou
impressão digital: _____.

Florianópolis, ____ de _____ de 2010.

APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados

ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

1. O que significa parto normal para você?
2. O que significa cesárea para você?
3. Antes de ter um filho, como você pensava que seria o nascimento dele? Como você pensava que poderia ser um parto normal? E como você pensava que poderia ser uma cesárea?
4. Voltando o tempo, você pode me contar todo o processo quando você teve o parto normal (último evento)?
5. E você pode me contar como foi quando você teve a cesárea (último evento)?
6. Você conversava com alguém sobre os tipos de parto, antes do seu filho nascer? Com quem você conversava? O que vocês conversavam?
7. Você acha que sua mãe, amigas ou familiares podem ter influenciado você, sobre o seu parto normal ou a sua cesárea? Você poderia me contar sobre essa situação?
8. Quando você estava na maternidade, durante o parto normal, o que você pensava? E no momento da cesárea, o que você pensava?
9. Quando você se internou na maternidade, quem auxiliou ou acompanhou você no momento do nascimento? Você poderia me contar como essa pessoa contribuiu?
10. Você lembra como foi sua recuperação depois do parto normal? Pode me contar? E como foi a sua recuperação após a cesárea?
11. Você poderia me dizer o que mudou para você, depois de ter vivenciado um parto normal? E você acha que a sua opinião sobre o parto normal mudou?
12. Você poderia me dizer o que mudou para você, depois de ter vivenciado uma cesárea? E você acha que a sua opinião sobre a cesárea mudou?
13. Antes de seus filhos nascerem, qual a sua preferência pelo tipo de parto? De que forma você acha que a sua preferência influenciou no tipo de parto?
14. Se eu te pedir para comparar o parto normal e a cesárea, o que você diria? Conte-me uma situação em que você possa descrever essa comparação.
15. Quando você nasceu, sua mãe teve o parto normal ou a cesárea? Você acha que, de alguma forma, isso influenciou na sua

- opção? Você pode me contar de que forma isso influenciou?
16. Na sua opinião, de que forma a equipe de saúde da maternidade influencia na via de parto? Lembra de alguma situação que você pode me contar?
 17. No futuro, caso você venha a ter outro filho, você desejaria ter um parto normal ou uma cesárea? Você pode me explicar?
 18. Existe algum motivo para que você não queira vivenciar o parto normal ou a cesárea?
 19. Afinal, o que o parto normal significa para você? E o que a cesárea significa para você?
 20. Existe alguma coisa que eu não perguntei e que você gostaria de me contar?
 21. Em sua opinião, o que é importante para que as pessoas possam vivenciar melhor o nascimento de seu filho, parto normal e a cesárea?

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Quantos anos você tem?

Qual o seu estado civil? Há quanto tempo?

Até que série você estudou?

Você trabalha? Qual a sua ocupação/profissão?

Onde você nasceu? Onde você reside? Há quanto tempo?

Quantas gestações? Teve algum aborto? Quantos filhos você tem?

Qual a data de nascimento dos seus filhos?

Qual a via de parto que cada um nasceu?

Você possui uma religião? Qual? É praticante?

Quantas pessoas moram na sua casa? Qual o parentesco?

Qual a renda mensal de sua família?

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 635

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

APROVADO

PROCESSO: 635

FR: 322574

TÍTULO: PARTO NORMAL E CÉSAREA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE OS VIVENCIARAM

AUTOR: Evangelina Kotzius Atherino dos Santos, Manuela Beariz Velho

FLORIANÓPOLIS, 29 de Março de 2010.

Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC

ANEXO B – Instrução aos Autores – Texto & Contexto Enfermagem

TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM

ISSN 0104-0707 versão impressa

ISSN 1980-265X versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Objetivo e política

Texto & Contexto Enfermagem, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que compõem cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

Forma e preparação de manuscritos

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmie.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse**

é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Relato de experiência: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Revisão da literatura: compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua

extensão limita-se a 15 páginas.

Entrevista: espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Resenha: espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = *Caminhos percorridos*

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser

encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na sequência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹, entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...] (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma

sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Galva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de

doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachelon MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem**Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, _____ de autoria de _____.

Classificação:**Endereço para correspondência:****Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".

- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".

- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

MODELO

À Coordenação Editorial

Revista Texto & Contexto - Enfermagem**Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (**escrever título do artigo**) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem

Declaração de conflitos de interesse

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

- () pessoal,
- () comercial,
- () acadêmico,
- () político e
- () financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Local, data:

Assinatura:

Envio de manuscritos

PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 300,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 80,00.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 120,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 220,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Revista Texto & Contexto Enfermagem

Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Reitor João David Ferreira Lima - Trindade - Florianópolis
Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970

Verificação de itens

Itens exigidos para preparação dos manuscritos

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. **Página de Identificação.**
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatims de acordo com as normas.

7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de roda-pé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.
9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

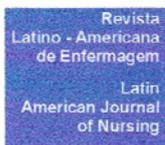
 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Campus Universitário - Trindade
88040-970 Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
Tel: +55 48 3721-9043 / +55 48 3721-9787



textoacontexto@nfr.ufsc.br

ANEXO C – Instrução aos Autores – Revista Latino-Americana de Enfermagem



ISSN 0104-1169 versão impressa
ISSN 1518-8345 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Torteboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas. Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação.

Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito

é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista. Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados. Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editor científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados

pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de arquivamento dos manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação

da revisão/síntese do conhecimento.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Preparo dos manuscritos

PERIÓDICOS

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;
- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o manuscrito;
- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título
 - consultoria científica
 - revisão crítica da proposta do estudo
 - auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
 - assistência aos sujeitos da pesquisa
 - revisão gramatical
 - apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário Individual de declarações, preenchido e assinado (download em www.eerp.usp.br/rlae); Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.
- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em www.eerp.usp.br/rlae).

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡
- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas

autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).
- *Citações ipsiss litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.
- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 - Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologija.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

8 - Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9 - Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care:

literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. J Neurol. 2008;255 Suppl 5:48-56.

Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6 Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

13 - Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Ogulsso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Perelra EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão

impressa (ahead of print)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.
Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.
Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.
 Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguilar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 Junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERF/USP; 2006. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiatei P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS**39 - Relatórios de organizações**

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE**40 - Patente**

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS**41 - Matéria de jornal diário**

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Talamone R.S. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na *internet*]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na *Internet*

Berthelot M. La synthèse chimica. [*internet*]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na *internet* com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [*internet*]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na *Internet*

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [*Internet*]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Access: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=97508p_age=57

National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [*internet*]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: http://newton.nap.edu/bo_s/030910078X/html/35.html

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0.

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na internet

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://www.ipec.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. *Entropy [internet]*. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública [internet]*. 2007. [Acessado em 28 novembro

2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. *J Vis [internet]*. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org/6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J [internet]*. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7.

Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0;auth=pubmed;password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res [Internet]*. abril 2001 [acesso em: 9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art_id=1089210&blobtype=pdf

55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev Latino-am Enfermagem [internet]*. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. *Lakartidningen*. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na internet

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na internet

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na Internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbete de dicionário na internet

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam

citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na *internet*]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSpe_randio.pdf

62 - Homepage na Internet

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na *internet* com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em:

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/>

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu/ta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na *internet*

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na *internet*

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo Editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



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

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3633-3271



rlae@eerp.usp.br