



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ceilândia**  
**Curso de Graduação em Enfermagem**

**TAIANE DA SILVA ALVES**

**A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

**Ceilândia/DF**

**2015**

**TAIANE DA SILVA ALVES**

**A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem II da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Ms Juliana M Schardosim

**Ceilândia/DF**

**2015**

ALVES, Taiane da Silva, A Dor do Trabalho de Parto na Voz de Mulheres Usuárias do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Comissão Julgadora**

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Juliana Machado ScharDOSim  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Geovana da Silva Morais  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da SES/DF

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, em primeiro lugar, por me abençoar, me proteger e me iluminar todos os dias, me dando forças para seguir essa caminhada com fé e amor.

Aos meus pais, pela educação que me deram, sempre me mostrando que o estudo é o caminho mais certo a seguir, me entregando todos os meios necessários para uma graduação de sucesso. Aos meus avós, que sempre apoiaram, acreditaram e hoje se orgulham. E a todos meus familiares, pelas inspirações, conselhos, incentivos e carinho que depositaram em mim nessa jornada.

Aos mestres que foram fonte de conhecimento e experiências, com muito carinho. À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Ms Juliana Machado ScharDOSim pela dedicação, compromisso, atenção, colaboração e pela cumplicidade na elaboração deste trabalho.

Ao meu namorado agradeço pela colaboração, auxílio, apoio, incentivo, carinho e amor, assim como agradeço aos meus amigos.

Agradeço às pacientes pela aceitação e por depoimentos importantes, não só para a minha pesquisa, mas para o meu crescimento como mulher e enfermeira.

## SUMÁRIO

<b>Artigo:</b> A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	6
<b>ANEXO A</b> – Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde .....	22
<b>ANEXO B</b> – Instruções aos Autores para submissão do artigo à Revista Mineira de Enfermagem.....	24

**A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

**LABOR PAIN IN THE VOICES OF WOMEN'S USERS OF DISTRITO FEDERAL  
UNIFIED HEALTH SYSTEM**

**EL DOLOR DE PARTO EN LA VOZ DE MUJERES USUARIAS DE EL SISTEMA  
ÚNICO DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL**

**Taiane da Silva Alves<sup>1</sup>**

**Juliana Machado Schardosim<sup>2</sup>**

**Artigo Proveniente de Pesquisa**

1 Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

2 Doutoranda do PPGSC/UnB. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. E-mail: julianamachado@unb.br.

## A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a percepção de dor durante o trabalho de parto (TP) de puérperas atendidas em um Hospital Público do Distrito Federal (DF). **Metodologia:** Trata-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo realizado em uma Maternidade integrante do SUS no DF. A amostra final constituiu-se de 15 participantes. Coletou-se dados entre maio e julho de 2015 por meio entrevistas com questionário semi-estruturado. A análise de dados seguiu a metodologia de Minayo, em três etapas. **Resultados:** Chegou-se através categorias temáticas centradas na caracterização da dor e os sentimentos relacionados à esta, o papel do acompanhante no processo de parturição e a atuação da equipe de saúde para alívio da dor da parturiente. Observa-se que muitas vezes a expectativa das gestantes sobre a dor do parto não corresponde à realidade. O período expulsivo foi relatado como o mais dolorido do TP. Identificou-se que os sentimentos vivenciados no TP são ambivalentes pois mistura o sofrimento da dor com a alegria da chegada do bebê. A dor do trabalho de parto é influenciada pelo contexto social, psicológico, emocional e cultural da mulher. As atitudes humanizadoras dos profissionais foram reconhecidas e elogiadas pelas puérperas. **Conclusão:** Percebeu-se a importância de entender a individualidade e a subjetividade na percepção da dor e nos sentimentos vivenciados pela parturiente. A equipe de saúde, por meio de ações, pode contribuir para um parto mais prazeroso e satisfatório, com base na humanização e respeito à singularidade de cada mulher.

**Descritores:** Percepção da Dor ou Dor; Dor do Parto; Humanização da Assistência; Trabalho de Parto ou Parto; Enfermagem.

## LABOR PAIN IN THE VOICES OF WOMEN'S USERS OF DISTRITO FEDERAL UNIFIED HEALTH SYSTEM

### ABSTRACT

**Objective:** Knowing the perception of pain during the labor of mothers who recently gave birth in a public hospital in the Distrito Federal. **Methodology:** It is about an exploratory, descriptive and qualitative study done in a maternity which is part of Unified Health System of the DF. The final sample consisted of 15 attendees. Data was collected through semi-structured questionnaires between May and July 2015. The data analysis followed Minayo's methodology, in three steps. **Results:** It resulted in three thematic categories centered in the pain's characteristics and the emotions related to it, the companion's role in the parturition process and the work of the medical staff to relieve the parturient's pain. It was observed that the pregnant women's expectations of labor pain usually do not match reality. The fetal expulsion phase was reported as the most painful. It was identified that the feelings during labor are ambivalent because the pain is mixed with the happiness of welcoming a new baby. Childbirth pain is influenced by the context in which the pregnant woman is part of. Professionals were praised by the parturients for their humanizing activities. **Conclusion:** It is realized the importance of understanding the individuality and subjectivity in the pain and emotions lived by these women. The medical staff can contribute in making childbirth more pleasurable and satisfactory basing themselves in humanization and respecting the singularity of all these women.

**Descriptors:** Pain Perception or Pain; Labor Pain; Humanization of Assistance; Labor Obstetric or Parturition ; Nursing

## EL DOLOR DE PARTO EN LA VOZ DE MUJERES USUARIAS DE EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la percepción del dolor durante el trabajo de parto de las madres atendidas en un hospital público en el Distrito Federal (DF). **Metodología:** Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo que tuvo lugar en una Maternidad parte del SUS en DF. La muestra final estuvo compuesta por 15 participantes. Los datos fueron recogidos entre mayo y julio de 2015, a través de entrevistas con cuestionario semi-estructurado. El análisis de datos siguió la metodología de Minayo, en tres etapas. **Resultado:** Se llegó a tres temas centrados en la caracterización del dolor y sentimientos relacionados con esto, el papel del compañero en el proceso del parto y de la acción del equipo de salud para aliviar el dolor de la madre. Se observa que muchas veces las expectativas de las mujeres embarazadas sobre el dolor del parto no equivale a la realidad. El período expulsivo fue relatado como el más doloroso del parto. Se identificó que los sentimientos vividos en el parto son ambivalentes porque mezclase el sufrimiento del dolor con la alegría de la llegada del bebé. El dolor del parto es influenciado por el contexto social, cultural, social y psicológico de la madre. Las actitudes humanizadoras de los profesionales han sido reconocidas y elogiadas por las madres. **Conclusión:** Se da cuenta de la importancia de comprender la individualidad y la subjetividad en la percepción del dolor y los sentimientos experimentados por la mujer. El equipo de salud, a través de acciones, puede contribuir a un parto más agradable y satisfactorio, basado en la humanización y respecto a la singularidad de cada mujer.

**Descriptor:** Percepción del Dolor ou Dolor; Dolor de Parto; Humanización de la Atención; Trabajo de Parto ou Parto ; Enfermería

## **A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

### **INTRODUÇÃO**

O trabalho de parto (TP) e o parto são acontecimentos únicos, especialmente para a mulher, pela vivência de mudanças físicas e psicossociais muitas vezes acompanhadas por medos, incertezas e inseguranças. Como parte de um processo cultural, o nascimento reflete os valores do contexto de uma sociedade. Desta forma o parto vaginal é visto, historicamente, como um acontecimento doloroso associado ao sofrimento. Por isso, muitas vezes, o parto tem significado traumático para a mulher, sendo influenciado por experiências psicológicas e por determinantes culturais, étnicos, sociais e ambientais<sup>1</sup>.

A dor é uma experiência subjetiva, individual e sua interpretação é pessoal envolvendo fatores fisiológicos e psicossociais<sup>1</sup>. A dor no TP resulta, principalmente, dos estímulos sensoriais gerados pela contração uterina. É progressiva, com a evolução da dilatação do colo uterino e com o aumento da intensidade, duração e frequência das contrações uterinas. Por definição é dita orgânica, aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional<sup>2</sup>.

A vivência do parto a partir do século XIX passou a ser marcada pela influência da hegemonia médica. Mesmo após as conquistas dos movimentos feministas, ainda é predominante a medicalização no atendimento ao parto. Neste contexto o profissional passa a ser o responsável por decisões referentes ao corpo da mulher. O predomínio desse modelo assistencial inclina o olhar do parto para um fenômeno biotécnico e não permite que seja visto como uma vivência pessoal e sociocultural importante na vida da mulher<sup>3</sup>.

Para quebrar alguns paradigmas construídos culturalmente é importante o preparo físico e emocional da gestante e sua família para o enfrentamento da dor no momento do parto, minimizando situações de medo e ansiedade, favorecendo uma experiência positiva de parto. A atenção ao parto baseada nos princípios da humanização preconiza uma comunicação eficaz, com o acolhimento da mulher, de seu/sua companheiro (a) e demais familiares no serviço de saúde respeitando seu contexto social, cultural e religioso<sup>4-5</sup>.

Uma série de respostas neurocomportamentais fornecem uma característica pessoal e única à dor do parto, frente a isto, a importância da atenção profissional ao TP está em entender a individualidade da dor e sofrimentos vivenciados pela parturiente e amenizá-los<sup>6</sup>. O profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, deve atender a gestante na sua plenitude, levando em conta sua história, crenças, sentimentos, medos, e o ambiente em que vive valorizando a individualidade em cada caso<sup>7</sup>.

A assistência à parturiente deve ser baseada na empatia e no respeito, levando em consideração as opiniões, preferências e necessidades da mulher; proporcionar espaço acolhedor e agradável; favorecer a privacidade e promover o vínculo com a mulher, permitindo a redução do estresse durante o TP e maior satisfação da gestante. As questões relacionadas a ambiência possuem a finalidade de redução da ansiedade e do medo, sentimentos que podem influenciar na percepção da dor e na evolução do TP<sup>7</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no TP. Estes podem ser empregados pelos profissionais afim de diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e transformar a experiência de parto em um momento positivo e de empoderamento da parturiente e família. O apoio empático dos profissionais, presença de acompanhante, livre escolha da mulher para a posição do parto, técnicas para alívio da dor (hidroterapia, exercícios perineais com bola suíça, técnicas de respiração, relaxamento, massagem, acupuntura, eletroestimulação, entre outros) são métodos comprovadamente seguros para alívio da dor e não prejudicam o binômio mãe-bebê, além de oferecem conforto à parturiente<sup>8</sup>.

A presença do acompanhante é fundamental no controle emocional, impactando a percepção de dor da parturiente. Assim deve ser alguém escolhido pela gestante para que ela estabeleça uma relação de confiança, o que permite reduzir sentimentos de solidão, ansiedade e níveis de estresse causados pela vulnerabilidade da mulher e desconforto durante o TP. Medo e insegurança, decorrente do ambiente não familiar, podem ser amenizados também<sup>5</sup>.

Diante do exposto o objetivo do estudo consistiu em conhecer a percepção de dor, durante o trabalho de parto, de puérperas atendidas em um Hospital Regional do DF.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu em um Hospital Público localizado em uma região administrativa de Brasília/DF entre maio e julho de 2015.

A população estudada compreendeu puérperas em recuperação de parto vaginal. A amostra final constituiu-se de 15 participantes. Utilizou-se o critério de saturação dos dados para interromper a coleta de dados. Foram incluídas no estudo puérperas com idade superior a 18 anos e com até 24 horas de puerpério. Os critérios de exclusão foram puérperas com transtornos mentais ou déficits cognitivos, vítimas de algum ato de violência sexual, física ou moral conhecida e puérperas cujos bebês foram à óbito. Também não foram aceitas como

participantes do estudo puérperas que foram submetidas a anestesia peridural durante o TP ou receberam alguma medicação oral ou venosa para alívio da dor no TP.

Para coleta de dados utilizou-se análise de prontuário e entrevista semi-estruturada com perguntas abertas realizada com cada puérpera em local reservado, de forma individual. O questionário continha dados sócio-demográficos, obstétricos e perguntas abertas sobre a percepção de dor durante o trabalho de parto, sentimentos vivenciados e atitudes da equipe de saúde para auxílio ao alívio da dor, bem como que métodos não farmacológicos foram utilizados. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para aproveitamento integral do conteúdo. A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória por meio de sorteio, a cada dia 6 puérperas eram sorteadas, sendo 3 para entrevista e 3 como substitutas em caso de recusa. O convite para inclusão no estudo foi realizado no próprio leito e o aceite ocorreu mediante uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise do conteúdo seguiu a metodologia proposta por Minayo (2009) em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Deste modo partiu-se de uma leitura compreensiva exaustiva, passando pelo agrupamento e classificação das ideias para, ao final, categorizar e selecionar trechos de entrevistas para as categorias de análise<sup>9</sup>.

Os princípios éticos foram respeitados, seguindo os pressupostos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>10</sup>. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde sob nº de parecer 979.364. As gravações das entrevistas serão mantidas em poder da pesquisadora por 5 anos, sendo descartadas após este período. Foram criados pseudônimos pela pesquisadora como forma de garantir o anonimato das participantes do estudo.

## **RESULTADOS/ DISCUSSÃO**

Nesta seção do estudo apresentar-se-á inicialmente a caracterização da amostra segundo dados sócio-demográficos e obstétricos e posteriormente os dados provenientes das entrevistas agrupados em categorias de análise.

A amostra estudada possuía um perfil de mulheres com variação de idade entre 18 e 32 anos, com idade média de 23,7 anos e a maioria declarou-se casada ou que residiam com companheiro. Metade delas com Ensino Médio completo ou mais anos de estudo, metade trabalhava fora do lar e a faixa de renda familiar mais frequente foi de 2 a 3 salários mínimos, sendo o valor atual do salário mínimo de R\$788,00.

Quanto aos dados obstétricos metade da amostra era primigesta, a maioria chegou ao termo da gestação e a idade gestacional no momento do parto variou de 38 a 41 semanas. Apenas uma gestante possuía gestação pré-termo e se encontrava com 35 semanas e 3 dias no dia do parto. Com relação à ocorrência de morbidades durante a gestação poucas delas relataram as seguintes situações: infecção de trato urinário, anemia, hipertensão gestacional e diabetes gestacional.

Quanto ao parto todas as puérperas declararam ter sido em posição litotômica. Das 15 participantes, apenas 1 afirmou que teve opção de escolha da via de parto. Quanto a presença do acompanhante, 10 tiveram opção de escolher o acompanhante para o TP e parto, 2 não quiseram acompanhante e 2 relataram que não puderam ter acompanhante no momento do parto. Da caracterização dos acompanhantes, 4 eram os pais dos bebês, 3 eram as mães das parturientes e 3 tinham outro grau de parentesco ou relação de amizade.

A seguir estão apresentados dados obtidos nas entrevistas em categorias de análise.

**Primeira Categoria: “A dor do parto é única”**

Essa categoria aborda o tema central deste estudo, a dor enfrentada durante o TP e parto. Foi possível agrupar dados referentes às características da dor, expectativa da gestante em relação à dor, sentimentos vivenciados durante o processo de TP e comparação da dor do TP e parto com outras formas de dor vivenciadas anteriormente.

A maioria das participantes relatara que a dor do TP e parto não foi conforme o esperado. O relato em destaque abaixo ilustra esse achado.

*“Não, acho que pra ninguém é né! Foi uma experiência única. Pra mim era menos do que eu imaginava. Pra mim quando eu tava sentindo dor em casa dois dias antes eu falava assim ‘já entrei em trabalho de parto’. Chega nem aos pés. Tava sentindo cólica na verdade. Cólica normal de mulher. Ai quando você entra em trabalho de parto mermo, que você vai ver, ai é diferente. É diferente, porque é uma dor, uma dor que você fala assim ‘ah, é uma dor insuportável’” (E4).*

Estudo com metodologia semelhante apresentou opiniões quase unânimes entre as participantes de que a intensidade da dor foi muito além das expectativas<sup>11</sup>. Pesquisa britânica, evidenciou dificuldade das mulheres para imaginarem, durante a gravidez, como é a dor do parto. Mesmo para as multíparas foi difícil imaginá-la e descrevê-la<sup>12</sup>.

As mulheres buscam informações no período gestacional sobre o trabalho de parto e parto. O conhecimento atrelado aos fatores culturais e religiosos cria uma expectativa para o momento do parto. Esta expectativa é importante, pois muitas decisões que as mulheres fazem

sobre a gestão da dor são com base no que elas esperam que aconteça no momento do parto. A assistência pré-natal de qualidade prepara melhor a mulher para o parto, diminuindo o distanciamento entre experiência e expectativa<sup>13</sup>.

Ressalta-se que as puérperas que afirmaram a ocorrência da dor de acordo com sua expectativa eram, em maioria, múltiparas. A dor pode variar para a mesma pessoa de acordo com sua localização, qualidade, intensidade, frequência, natureza e duração. Além disso, envolve em seus mecanismos de percepção, a esfera somática, a esfera afetivo-emocional e cognitiva, a esfera cultural e a esfera assistencial, resultando em características individuais para cada fenômeno de dor vivido de acordo com o contexto de cada caso<sup>14</sup>. Nesse sentido, cada experiência de parto é sentida diferentemente devido às dimensões culturais e sociais em que a gestante vive naquele momento.

Nenhuma participante conseguiu comparar, em mesmo nível de intensidade a dor vivenciada no parto com experiências anteriores de dor, evidenciando, no estudo, a dor do processo de parto como incomparável e única, conforme explicitado nos relatos abaixo:

*“(...) nada se compara. Nada! Já tive infecção urinária, já fui atropelada, já fui mordida de cachorro, mas nada se compara a dor do parto. Deus me livre” (E1).*

*“(...) A dor do parto é única, única, única, num é? É uma dor que ninguém... num tem nem comparação, com nenhum outro tipo de dor... é uma dor assim que num tem nem possibilidade de explicar” (E14).*

A interpretação do estímulo doloroso é subjetiva e pessoal, as alterações mecânicas e hormonais que promovem as contrações uterinas, a dilatação do colo uterino e a descida do bebê, contribuem para a singularidade da dor do parto, o constituindo único e incomparável<sup>15</sup>.

Solicitou-se às mulheres que identificassem em qual fase do TP a dor foi mais intensa. Obteve-se como respostas a fase de transição (período de dilatação de 8 a 10cm) e a fase de expulsão, porém esta última foi mais citada. Uma complexa interação entre a mulher e o bebê dá início ao TP, desencadeando sinais e sintomas característicos como: contrações uterinas rítmicas, apagamento e dilatação da cérvix uterina e ruptura das membranas. As contrações uterinas e a pressão sobre os tecidos pélvicos são os principais responsáveis pela dor no processo de parto<sup>16</sup>. O trecho abaixo permite a visualização deste dado:

*“Ah, nas últimas contrações [...]. Quando tava perto (do nascimento). Quando dilatou de 8 a uns 10. Ai começou sem parar. Ai eu comecei a ficar desesperada. Eu falei assim “Meu Deus eu vou morrer, agora eu morro” (E9).*

A fase de transição é a mais difícil, pois as contrações são mais dolorosas, frequentes e com maior duração, podendo desencadear tremores dos membros e lombalgia, além de apreensão, irritabilidade, incapacidade de relaxar e sentimento de perda de controle e sobrecarga<sup>16</sup>. Em estudo similar 31% das participantes relataram pior dor durante a dilatação cervical de 9 a 10 cm, enquanto 13% apontaram a dor como mais intensa durante os 3 cm de dilatação<sup>17</sup>. Ressalta-se que no período de transição a descida da apresentação fetal na pelve materna promove uma dor pélvica contínua.

Na expulsão, a dor é somática, contínua e intensa no períneo, podendo ainda causar dor na região lombar ou membros inferiores, porém a mulher sente-se novamente no controle da situação, menos irritável e agitada o que favorece a expulsão do bebê tornando este estágio mais rápido<sup>15-16</sup>. Estas características da dor do período expulsivo estão relatadas abaixo:

*“Na hora do parto, na hora de passar mesmo, na hora do neném ter que sair. É a hora que sente mais dor”* (E7).

*“Mas a dor, a pior parte da dor, é na hora do nascimento mesmo. Quando ta saindo, porque é uma dor ardida, uma dor que não tem nem como descrever. Não tem comparação a dor das contrações. Mas a dor do nascimento é pior. Pior que a contração”* (E4).

Sobre os sentimentos vivenciados no momento da dor a maior parte das gestantes relacionou a dor a sentimentos negativos como sentimentos de morte, de fraqueza física, incapacidade e desespero. Observa-se semelhança de resultados com o estudo realizado por Rodrigues e Siqueira (2008), no qual em todos os depoimentos a dor foi descrita como intensa, insuportável, traumática, "horrrível", "inesquecível", sendo referidas as sensações de exaustão, de desfalecimento, de "não aguentar mais", de "não ter mais força" e "de não conseguir ter força" no momento expulsivo.<sup>11</sup> Abaixo encontram-se relatos de três entrevistas que demonstram as sensações já descritas.

*“Que eu ia morrer! Sensação de que você vai desmaiar, que você não vai dar conta de sentir mais uma dor descer, o osso formigava, eu ficava muito nervosa (...) Sentimento é esse, esse de desespero”* (E1).

*“(…) Na hora da dor você pensa tanta coisa, você pensa que vai morrer, cê pensa na criança, cê pensa em tudo. Sentimento de raiva, de culpa, sei lá (...)”* (E4).

*“De medo, que eu não ia dar conta. Achei que eu não ia conseguir tirar. (...)eu achava que eu não tinha força suficiente para expelir ele. (...) Ai eu fiquei com medo dele sofrer, dele entrar em sofrimento”* (E7).

A dor influencia o comportamento da gestante, a partir do medo, e corrobora para o aparecimento de sentimentos negativos sobre a parturição. O medo do parto pode ser consequência de um diálogo precário e defasado entre o profissional e a mulher, oferecendo lugar às experiências negativas das mães, tias, amigas e vizinhas. Uma das finalidades da assistência pré-natal é minimizar essas expectativas e preparar as gestantes para o TP e parto, porém o que se observa é que não são oferecidas orientações suficientes sobre esse processo<sup>13</sup>.

Em contrapartida, algumas puérperas relataram ansiedade e ao mesmo tempo segurança quanto ao processo de parturição. Nestes discursos observou-se sentimentos positivos como o amor e sensação de empoderamento pensando na sua função de expulsar o bebê no momento do nascimento, conforme ilustrado a seguir em dois relatos.

*“O sentimento que eu tinha era dela nascer logo né, porque na hora que nascesse eu sabia que ela (DOR) ia passar, então a intensão era botar força pra ela nascer logo, se era pra doer que doía logo [...]” (E8).*

*“Ah, um sentimento de amor né? [...] é um filho da gente né, um pedaço da gente que a gente ta botando na vida ne? Se a gente não ajudar ele nascer, não tiver força pra botar pra fora, a criança não nasce né? Mas é uma coisa assim que só nós mãe mesmo que sabe explicar” (E14).*

Estudos constataram nas falas das mulheres sentidos ambíguos atribuídos à dor do parto normal, descrevendo este como um evento natural e como um momento de sofrimento<sup>18-19</sup>. O parto causa mudanças abruptas e intensas na mulher provocando sofrimento, ansiedade e insegurança devido a imprevisibilidade e intensidade da dor, sendo a resposta a esta relacionada a interpretação emocional e social do indivíduo formatada pelo seu contexto<sup>20</sup>.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, sendo causa de medo e preocupação no momento do parto; relaciona-se a aspectos psicológicos, emocionais, culturais e ambientais vivenciados pela mulher, podendo haver uma divisão entre a percepção da parturiente e a reação aos estímulos <sup>dolorosos</sup><sup>3,6</sup>. Deste modo, a dor é um evento individual, como resposta natural aos estímulos nervosos no processo de parturição. Destaca-se ainda que a essa impressão negativa em relação a dor do parto influencia na cultura sobre parto e no aumento de taxas de cesarianas<sup>3</sup>.

**Segunda Categoria: “É bom você sempre ter alguém, porque você se sente mais confiante...”**

Embora não fosse foco do estudo a importância da presença do acompanhante durante o período de parturição foi frequentemente relatada pela amostra. Esta categoria aborda o

tema acompanhante e sua importância no enfrentamento da dor do TP, centrada nos relatos das puérperas entrevistadas.

Observou-se a importância do papel do acompanhante no enfrentamento da dor no processo de parturição. Evidenciou-se que o acompanhante representa segurança para a parturiente, é a pessoa que estará ao seu lado para interceder por ela, conforme os trechos de entrevistas apresentados abaixo:

*“Estava, com meu namorado, o pai do neném (...) É diferente, porque ele ajuda, querendo ou não você sabe que tem alguém ali pra te ajudar, pra te dar uma força, se caso acontecer alguma coisa” (E7).*

*“(...) É bom você sempre ter alguém, porque você se sente mais confiante, e a pessoa vai te ajudando, conversando. Você vai esquecendo mais as contrações. É importante!” (E11).*

O nascimento é um momento marcado por sentimentos profundos potencializando a formação de vínculos e transformações pessoais, dessa forma, a presença de um acompanhante durante o parto é essencial na humanização da assistência, devido seu benefício para a mulher, os familiares e para o bebê<sup>5</sup>. Levando em consideração que os aspectos psicológicos e sociais têm grande peso no bem-estar da gestante, é direito desta ter a presença de um acompanhante, escolhido por ela, durante o TP, parto e pós-parto imediato, assegurado, desde 2005, pela Lei nº 11.108<sup>21</sup>.

Infelizmente, devido a incompatibilidade de infraestrutura e organizacional, nem todos os hospitais do Brasil seguem esta lei na íntegra. No local de realização este estudo, a paciente é acompanhada somente no momento do TP e parto, ainda ocorrem divergências e empecilhos. Em uma pesquisa realizada, em 2011, com enfermeiros de uma maternidade pública do Rio Grande do Norte foram pontuados, a falta de apoio das instâncias administrativas, a estrutura física inadequada e a resistência por parte dos profissionais, como condições desfavoráveis ao parto acompanhado<sup>22</sup>.

O desejo da gestante deve ser concretizado no processo de parturição, desse modo a presença do acompanhante escolhido por ela, deve ser garantida, enfatizando o fato de que cada mulher possui uma história e o acompanhamento neste processo deve lhe trazer segurança e conforto, portanto esse direito de escolha deve ser preservado. Fica claro, através dos depoimentos, a importância na escolha do acompanhante pela gestante, de modo que este atenda às suas necessidades e especificidades, conforme descrito a seguir:

*“Tava. Com minha mãe. (...) só a mãe da gente, que já passou por aquilo. A mãe, é uma pessoa muito próxima mesmo que já passou pela situação, pra saber o que você ta*

*passando. Acho assim, se falasse que minha mãe não pudesse vim eu não ia querer outra pessoa não” (E4).*

*“Tava com a minha tia! (...) porque a minha família todinha tem um histórico de cesárias. Então tudo que eu sentia ninguém sabia me ajudar, e ela foi a única que já teve parto normal. Então, algumas coisas, ela fez massagem ela deu dicas de como respirar, então foi bom a companhia dela” (E13).*

Além de garantir o cumprimento da lei, é essencial que os profissionais disseminem às gestantes o direito de escolha um acompanhante, pois em muitos relatos fica clara a falta de informação ou informações errôneas sobre o direito de escolha e presença do acompanhante durante todo o processo de parto e pós-parto imediato. De acordo com a pesquisa nacional *Nascer no Brasil*, realizada entre 2011 e 2012, 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante em nenhum momento e 75,5% tiveram algum tipo de acompanhante durante a internação, 18,8% tiveram acompanhante contínuo e 56,7% acompanhante parcial<sup>23</sup>. Tendo em consideração que a legislação 11.108 já está em vigor há 10 anos, a amplitude de cumprimento do direito da mulher deveria ser pleno em todos seus quesitos, é de extrema importância, portanto, a divulgação de informações corretas, a fim de que a mulher gestante, como cidadã busque usufruir deste direito em sua plenitude. Os relatos destacados abaixo evidenciam a falta de informação da amostra estudada.

*“(...) Eu não perguntei se podia entrar. Depois que eu já tinha tido ela, foi que falou ‘Você não trouxe acompanhante?’, eu disse ‘Não, minha irmã tá lá fora’, aí ela disse ‘Por que ela não entrou?’, aí eu disse ‘Num sabia se podia entrar!’” (E12).*

*“Dizem que pode escolher, mas na portaria não pôde não. Só era ele e ele mesmo. Porque minha mãe veio e minha cunhada também veio, porque eles falaram que era mulher né e que era mais fácil pra ajudar, e o porteiro não deixou não, falou que só o pai da criança podia entrar” (E7).*

E mesmo com a garantia do direito ao acompanhante, muitas mulheres ainda preferem estar sozinhas durante o parto como escolha pessoal, assim como observado em um estudo realizado no ano de 2010 em dois municípios de São Paulo<sup>4</sup>.

*“(...) Meu esposo tava lá fora querendo entrar, ainda bem que ele não entrou porque foi uma vexame aquela dor toda, toda arrebatada, toda destruída, ainda bem que ele não entrou pra me ver” (E1).*

*“Acho um pouco constrangedor (...). Pra mim essa hora é só pra mim mesmo” (E10)*

*“(...) Eu não quis, queria que ninguém visse meu parto não (...) eu não queria mesmo ter ninguém comigo” (E5).*

Percebe-se nos trechos acima o tabu que o parto representa para algumas mulheres como algo feminino que gera exposição. A privacidade também representa um direito da mulher no momento do parto.

**Terceira Categoria:** *“(...) a enfermeira que fez o meu parto, uma ótima pessoa. Todo tempo conversando comigo, me mostrando o jeito certo da respiração”*

Esta categoria buscou agrupar dados referentes a atuação da equipe de saúde para alívio da dor da parturiente durante o TP. Foi possível destacar trechos de entrevistas com informações positivas e negativas relacionadas às condutas da equipe de saúde.

É importante considerar que o cuidado à parturiente não pode estar focado apenas em procedimentos e normas técnicas, devendo enfatizar a valorização da individualidade e do contexto sociocultural de cada mulher, observando-a como um todo. A atenção diferenciada que o profissional oferece à parturiente promove maior segurança e confiança para enfrentamento do processo de nascimento<sup>4</sup>.

Nota-se, nos relatos destacados a seguir, que alguns profissionais se destacam pela educação, respeito e humanidade oferecendo uma assistência mais qualificada e satisfatória à mulher. O que também é observado em outros estudos, onde o aspecto mais importante apontado pelas puérperas não foi o uso das técnicas em si, mas a atenção, o apoio e o carinho recebido dos profissionais<sup>4</sup>. Evidencia-se que atitudes simples e empáticas são reconhecidas pela parturiente e sua família.

*“E quando eu cheguei para fazer a triagem, aí a enfermeira disse assim: quando vier as contrações, você faz uns exercícios que vai melhorar. Nossa, foi uma benção de Deus. Eu fui fazer os exercícios e foi aliviando rapidinho quando eu fazia os exercícios de respiração e agachar. Foi ótimo!” (E12).*

*“Fui muito bem recebida pela equipe médica. Os enfermeiros, pediatras, os médicos. (...) Bem tratada, e até hoje, até o momento, bem tratada, atendida, qualquer coisa eles vão lá, fazem o trabalho” (E4).*

Em contrapartida, a falta de compreensão do profissional e a não credibilidade às queixas e preferências das parturientes acarretam em uma assistência desqualificada, desumanizada e focada apenas no parto, não na mulher como ser humano passível de dor e sofrimento. Esse ponto retorna à questão da institucionalização do parto, no qual a comunicação conturbada entre profissionais e usuárias demarca uma relação de poder,

diminuindo a voz da mulher no processo de parturição e colocando todo poder decisório sobre as mãos do médico assistencial. Os relatos abaixo reportam atitudes desta natureza:

*“(...) dilacerou, aí eu senti, pra costurar doeu. Ela falou, ‘Não, acho que você tá confundindo’, aí eu falei ‘Não, tá doendo, eu tô sentindo’, mas ela demorou um pouco, eu acho que ela deve tá começando agora (...) eu senti me costurar todinha, me pinicar”* (E3).

É válido destacar o papel da enfermeira obstétrica na qualidade da atenção ao parto e na promoção da humanização. Estudos comprovam que a assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas e obstetrizes têm menores taxas de intervenções e maior satisfação das mulheres, visto que são profissionais capacitadas em promover o parto humanizado fundamentado em evidências científicas e com base em uma boa relação com a gestante e sua família no processo de gestação, parto e pós-parto<sup>24</sup>. O relato a seguir aponta a valorização da atuação da enfermeira na assistência ao parto.

*“A enfermeira que fez o meu parto, uma ótima pessoa. Todo tempo conversando comigo, me mostrando o jeito certo da respiração, eu dizendo que não aguentava e ela dizendo que ia, e foi! Se não fosse ela, que me acalmava, eu acho que tinha passado mal”* (E11).

Outro quesito importante que interfere na qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde é a falta de informações claras sobre o processo de parturição e o tratamento grosseiro e desumano por parte de alguns profissionais da saúde no centro obstétrico.

*“(...) quando a menina foi fazer o toque, eu não sabia, aí ela foi até um pouco ignorante (...) acho que, seu primeiro filho, você nunca fez, aí tem que ser explicado na hora, não vir com ignorância pra cima da gente, a gente já tá lá sentindo dor e a pessoa ainda vem com brutalidade, acho que não é o caminho”* (E7).

*“(...) Porque muitas vezes, muitas enfermeiras são ignorantes, né, não deveria tratar a gente assim. Porque quando fala mais ignorante com a gente é lógico que a gente vai ficar mais nervosa, vai ficar mais ansiosa, entendeu?”* (E14).

Um estudo de revisão sistemática apontou que a equipe de saúde que atua na obstetrícia conceitua a humanização do parto como prática baseada em evidências, envolvendo desmedicalização da assistência como prevenção da dor iatrogênica; a qualidade da relação interpessoal com o reconhecimento dos direitos do paciente, tratamento acolhedor e respeitoso, e a promoção dos vínculos familiares<sup>25</sup>. Dessa maneira, o espaço existente entre teoria e prática deve ser minimizado com a concretização da assistência voltada ao bem-estar

biopsicossocial da mulher, evitando práticas desrespeitosas e violentas, conforme descrito pelas mulheres nos relatos acima.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do estudo, pôde-se compreender que a dor do trabalho de parto é permeada de sentimentos negativos como medo e desespero; e sentimentos positivos como felicidade e empoderamento. Percebeu-se ainda que quando o bebê nasce e é colocado pele a pele os sentimentos ruins dão lugar à felicidade e sensação de vitória por ter sido vencido um processo de parto.

Quanto ao período clínico do parto mais doloroso encontrou-se, na amostra estudada, os períodos de desaceleração e expulsivo. Quanto a comparação da dor vivenciada no trabalho de parto com outra forma de dor sentida anteriormente todas as puérperas declararam ser incomparável. Acredita-se que esta forma de dor seja fortemente influenciada pela cultura.

Destaca-se ainda que práticas de baixo custo recomendadas pela OMS desde 1996 ainda não estão disponíveis a todas as mulheres, contribuindo para que a cultura do parto associado a sofrimento e dor se perpetue. O acompanhante foi referido por todas as mulheres entrevistadas como elemento central no controle emocional e enfrentamento da dor, porém a lei 11.108/2005 não está sendo cumprida de forma plena.

Sugere-se que estudos centrados na orientação e preparo dos casais grávidos para o parto, durante a gestação, sejam realizados afim de fornecer subsídios aos profissionais que atendem pré-natal para atividades mais efetivas.

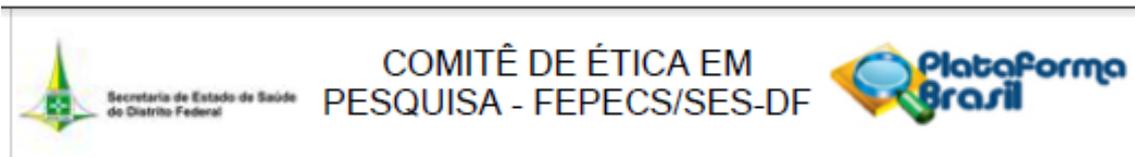
### **REFERÊNCIAS**

1. Frigo J, Ferreira DG, Ascari RA, et al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. *Cogitare Enferm.* 2013;18(4):761-66.
2. Santana LS, Gallo RBS, Marcolin AC, et al. Avaliação da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em primigestas. *Rev Dor.* 2013;11(3):214-17.
3. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010;10(2):191-97.
4. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal, Rev. Psicol.* 2013;25(3):585-602.
5. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérpera. *Esc Anna Nery.* 2014;18(2):262-69.

6. Pereira RR. Anestesia e Analgesia de Parto: Impacto na Amamentação, em: Carvalho MR, Tavares LAM – Amamentação: Bases Científicas. 3ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.
7. Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALF. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Rev Min Enferm.* 2013;17(3):524-30.
8. Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Femina.* 2010;38(3):119-26.
9. Minayo MC. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 28 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Lex: Diário Oficial da União, Brasília, nº 12, seção 1, p.59.* 2013.
11. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2008;8(2):179-86.
12. Lally JE, Thomson RG, MacPhail S, et al. Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 2014, 14:6
13. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, et. al. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 2008, 6(7).
14. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente a dor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2007; 41(1):36-43.
15. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, et al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. 2011;39(1):41-8.
16. Ricci SS. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, 736p.
17. Ronconi APL, Perdichizzi FS, Pires OC, et. al. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. *Rev Dor. São Paulo,* 2010 out-dez;11(4):277-281.
18. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto contexto - enferm.* 2012, 21(4):819-27.
19. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev. Min. Enferm.* 2012, 16(2): 241-50.

20. Maldonado MTP. Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério, em: Maldonado MTP. Psicologia da Gravidez, 16ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2002;48-60.
21. Brasil. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 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; 2005.
22. Costa PB Jr, Carvalho IS, Macedo JBPO. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):671-80.
23. Diniz CSG, d'Orsi, E, Domingues RMSM, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, suppl.1, pp. S140-S153. ISSN 0102-311X.
24. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetizas e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4):1059-1068, 2013.
25. Gomes ML, Moura MAV. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012; 20(2):248-53.

## ANEXO A - Carta de Aprovação do Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DAS MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CEILÂNDIA

**Pesquisador:** Sra Juliana Machado Schardosim

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40613014.9.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 979.364

**Data da Relatoria:** 09/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

O processo de trabalho de parto e parto é marcado por diversos eventos que resultam no nascimento de uma nova vida, desta forma envolve mais do que dar à luz a um recém-nascido, tornando-se um evento marcante na vida das pessoas envolvidas (RICCI, 2008). Este é um acontecimento único e especial, principalmente na vida da mulher, que vivencia mudanças físicas e psicossociais muitas vezes acompanhadas por medos, incertezas e inseguranças (FRIGO, et al., 2013; OLIVEIRA, et al., 2012)

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Conhecer a percepção de dor da mulher durante o trabalho de parto por meio das experiências relatadas pelas puérperas.

**Objetivos Secundários:** Caracterizar a amostra estudada segundo dados sócio demográficos e obstétricos; Identificar fatores que influenciam na dor do trabalho de parto de acordo com as experiências relatadas pelas puérperas; Descrever as condutas da equipe de saúde para alívio da dor no trabalho de parto e parto.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Amostra estimada. Benefícios apontados. Critérios de inclusão e exclusão definidos.

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 979.364

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Consiste em um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, que será realizado na Maternidade do Hospital Regional da Ceilândia. Os dados serão coletados através da análise de prontuário e entrevista semiestruturada com perguntas abertas realizada com a puérpera na maternidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: apresentado

Termo de concordância: apresentado

Currículo da pesquisadora: apresentado

Cronograma da pesquisa: apresentado

Planilha de Orçamento: apresentado

TCLE: apresentado

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas foram sanadas satisfatoriamente.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 10 de Março de 2015

---

Assinado por:  
Helio Bergo  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO B - Instruções aos Autores para Submissão a Revista Mineira de Enfermagem

### Política Editorial

A *REME - Revista Mineira de Enfermagem* (ISSN (on-line): 2316-9389 ISSN (Versão Impressa): 1415-2762) é uma publicação periódica, técnico-científica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG que tem por finalidade contribuir para divulgação, acesso e utilização do conhecimento produzido em enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

A *Revista Mineira de Enfermagem* tem periodicidade trimestral, sendo publicada nos meses: jan./mar; abr./jun.; jul./set.; out./dez.

A publicação da revista é bilíngue: português/inglês ou espanhol/inglês.

Os manuscritos poderão ser enviados em português, inglês ou espanhol, com resumos em português, inglês e espanhol. Para os manuscritos enviados em português e espanhol, o autor deve comprometer-se em providenciar a tradução para inglês, após a aprovação para publicação, por tradutores credenciados pela REME. Os manuscritos encaminhados em inglês serão revisados e traduzidos para o português pelos tradutores credenciados da REME, com ônus para o(s) autor(es);

A submissão e a publicação de manuscritos serão realizadas mediante pagamento de taxas de “submissão” e de “publicação”, a partir da aprovação desse regimento em conformidade com as datas de recebimento e aprovação dos manuscritos.

### Indicação para Autores

Cada fascículo, editado trimestralmente, tem a seguinte estrutura:

**Editorial:** refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social (limitado a 3 páginas e 5 referencias);

**Pesquisas:** incluem trabalhos originais e inéditos, com abordagem metodológica qualitativa e/ou quantitativa, que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas. Deve conter: introdução, objetivo(s), método, resultados, discussão e conclusão (limitado a 15 páginas e 25 referencias);

**Revisão Sistemática ou Integrativa:** avaliações críticas e metodológicas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas. A revisão **Sistemática** deve conter síntese rigorosa de estudos originais, com objetivo de responder a uma questão específica e de relevância para a área de enfermagem/saúde, incluindo metanálises e metassínteses. A revisão **Integrativa** apresenta síntese de múltiplos

estudos e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica de estudo, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado. Segue com rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados e respondendo à pergunta norteadora. (Limitado a 20 páginas e 40 referencias);

**Relatos de Experiência:** descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde, em enfermagem e educação em saúde. Deve conter introdução, descrição da experiência, discussão e conclusão. (Limitado a 10 páginas e 10 referencias);

**Artigos Reflexivos:** são textos de especial relevância que trazem contribuições à evolução do pensamento em Enfermagem e Saúde (Limitado a 10 páginas e 15 referências).

### *Orientação aos Autores*

#### **SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS**

##### **1 Apresentação gráfica**

Os manuscritos devem ser elaborados em programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, digitados em espaço 1,5, padrão A4 (212 x 297 mm), margens de 25 mm, limitando-se ao número de laudas e referencias indicadas para os diversos tipos de trabalhos, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações (máximo de 5).

##### **2 As partes dos manuscritos**

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

###### **a) páginas preliminares:**

Página 1:

Título e subtítulo- nos idiomas: português, inglês, espanhol;

Autor(es) - nome completo acompanhado da profissão, cargo, função e instituição,

Autor correspondente: nome e endereço eletrônico do autor responsável para correspondência;

Indicação da Categoria do artigo: Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo reflexivo /Ensaio.

Página 2:

Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave;

Título do artigo em inglês; Abstract e Key words; Título do artigo em espanhol; Resumen e Palabras clave.

(As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS - Descritores

em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, e inclui:

**b) Texto:**

- introdução;

- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);

- conclusões ou considerações finais;

**c) Agradecimentos (opcional);**

**d) Referências como especificado no item 4.3;**

**e) Anexos, se necessário.**

### **3 Sobre a normalização dos manuscritos:**

Para efeito de normalização, serão adotadas as diretrizes do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - URM do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE - (Norma de Vancouver)

disponível na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

As referências são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As citações no texto devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o “Journals Database”-

Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>>

ou com Catálogo Coletivo de Revistas da BVS (Bireme/OPAS/OMS)

disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>>

As ilustrações devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 .

Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1).

Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1). As abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.

## **SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS**

A submissão dos manuscritos será realizada no site da REME <[www.reme.org](http://www.reme.org)> no Sistema SGP, Versão 3.0 da GN1. Os manuscritos submetidos à publicação devem vir acompanhados dos seguintes documentos todos em formato digital:

- a) manuscrito;
- b) figuras e tabelas em documento separado;
- c) documento de aprovação do Comitê de Ética em atendimento à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, quando couber;
- d) comprovante de depósito relativo ao pagamento da taxa de submissão.

O autor correspondente ao submeter o manuscrito deverá firmar eletronicamente:

- a) o compromisso de que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda(m) com a transferência dos direitos autorais para a REME;
- b) a responsabilidade por parte de todos o(s) autor(es) acerca da autoria e da originalidade;
- c) ausência de conflitos de interesse.

Para ensaios clínicos é necessário indicar o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.