



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

**RAFAELA FEITOSA COUTINHO**

**A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO DISTRITO FEDERAL**

**Ceilândia/DF**

**2015**

**RAFAELA FEITOSA COUTINHO**

**A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2 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**

COUTINHO, Rafaela Feitosa. A Dor do Trabalho de Parto na Voz de Mulheres Usuárias do Sistema de Saúde Suplementar no 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**

---

Profª Ms. Juliana Machado ScharDOSim  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Profª Ms. Casandra G. R. M. Ponce de Leon  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

---

Profª Dra. Rejane Antonello Griboski  
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ciências da Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ser fonte de inspiração e força, e por a base das minhas vitórias.

Aos mestres que foram importantes da minha vida acadêmica, e em especial a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Ms Juliana Machado Schardosim pela compreensão, apoio e dedicação em suas orientações prestadas na elaboração deste trabalho.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim e nas minhas escolhas. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram a esperança para lutar pelos meus sonhos. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada, e a valorizar minhas conquistas.

Aos meus amigos e namorado, agradeço pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## SUMÁRIO

<b>Artigo:</b> A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO DISTRITO FEDERAL.....	6
<b>ANEXO A</b> – Carta de Aprovação do Comitê de Ética do Hospital Maternidade Brasília.....	21
<b>ANEXO B</b> – Instruções aos Autores para submissão do artigo à Revista Mineira de Enfermagem.....	25

**A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO  
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO DISTRITO FEDERAL**

**LABOR PAIN ON THE VOICE OF WOMEN'S USERS OF DISTRITO FEDERAL  
SUBSIDIARY HEALTH SYSTEM**

**EL DOLOR DE PARTO EN LA VOZ DE LAS MUJERES USUARIOS DEL SISTEMA  
DE SALUD SUPLEMENTARIO DEL DISTRITO FEDERAL**

**Rafaela Feitosa Coutinho<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. E-mail: rafafcoutinho@gmail.com

2 Enfermeira. 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 DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO DISTRITO FEDERAL

### RESUMO

**Objetivo:** conhecer a percepção de dor durante o trabalho de parto de puérperas atendidas em um Hospital componente da rede suplementar de saúde do Distrito Federal (DF). **Metodologia:** estudo exploratório, descritivo e qualitativo realizado em uma Maternidade da rede suplementar de saúde do DF. Coletou-se dados entre maio e julho de 2015 através de entrevistas com questionário semiestruturado. A amostra constituiu-se de 16 puérperas e a análise de dados seguiu a metodologia de Bardin em três fases. **Resultados:** as dores vivenciadas no parto são permeadas por sentimentos e expectativa. Identificou-se nos discursos sentimentos positivos e negativos vivenciados pelas parturientes e foi unânime na amostra que o período expulsivo é o mais dolorido por possuir característica de dor contínua. A dor foi comparada, por algumas informantes, a cólicas menstruais fortes, cólicas renais e dores na coluna; para outras a dor do trabalho de parto foi a mais forte já vivida. O contato imediato com o recém-nascido foi referido como recompensa pelo enfrentamento da dor e sofrimento materno. Outros resultados como a importância do acompanhante no apoio e enfrentamento da dor e atitudes relacionadas a equipe de saúde também foram destacados. **Conclusão:** considera-se que o empoderamento da parturiente e família por meio do conhecimento consiste em ferramenta importante para o enfrentamento da dor e do processo de parto de forma positiva e fisiológica, o que a longo prazo promoverá uma mudança cultural na população brasileira acerca da importância do parto vaginal.

**Palavras-Chave:** Percepção da Dor; Dor do Parto; Saúde Suplementar; Humanização da Assistência; Trabalho de Parto ou Parto; Enfermagem.

## LABOR PAIN ON THE VOICE OF WOMEN'S USERS OF DISTRITO FEDERAL SUBSIDIARY HEALTH SYSTEM

### ABSTRACT

**Objective:** To know the feeling of pain during childbirths performed by mothers treated at a hospital that composes the supplementary health system in the Federal District (DF). **Methodology:** exploratory, descriptive and qualitative study carried out in a Maternity from the additional network of health in DF. The data was collected between May and July 2015 through interviews with semi-structured questionnaire. The sample consisted of 16 mothers and data analysis followed Bardin methodology in three phases. **Results:** The pain experienced in childbirth is permeated by feelings and expectations. It was identified in the speeches both positive and negative feelings experienced by mothers and was unanimous in the sample that the second stage is the most painful for possessing characteristic of continuous pain. The pain was compared by some informants with strong menstrual cramps, kidney cramps and back pain; for others informants, the pain of childbirth was the strongest ever experienced. The immediate contact with the newborn was referred to as a reward for coping with breast pain and suffering. Other results as the importance of accompanying the support and coping with the pain and attitudes related to health staff were also highlighted. **Conclusion:** it is considered that the empowerment of the mother and family through knowledge is an important tool to combat the pain and the birth process in a positive and physiological way, which in the long run promote a cultural change in the population about importance of vaginal childbirth.

**Key Words:** Pain Perception; Labor Pain; Supplemental Health; Humanization of Assistance; Labor Obstetric or Parturition ; Nursing

## EL DOLOR DE PARTO EN LA VOZ DE LAS MUJERES USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD SUPLEMENTARIO DEL DISTRITO FEDERAL

### RESÚMEN

**Objetivo:** Conocer la percepción del dolor durante el parto para las parturientas atendidas en componente del hospital en el sistema de salud suplementario del Distrito Federal (DF). **Metodología:** consta de estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo realizado en una red suplementario de maternidad del DF salud. Los datos recogidos entre mayo y julio de 2015 mediante de entrevistas con cuestionario semiestruturado. La muestra consistió en 16 de ellas y análisis de datos siguió la metodología Bardin en tres fases. **Resultados:** el dolor experimentado durante el parto, se permeado por los sentimientos y expectativas. Fue identificado en los sentimientos de los discursos positivos y negativos experimentados por parturientas y fue unánime la muestra que la segunda etapa es la más dolorosa por poseer características de dolor continuo. El dolor fue comparado, por algunos informantes, calambres menstruales fuertes, calambres renales y dolor de espalda; para otros, el dolor del trabajo de parto fue el más fuerte jamás experimentado. El contacto inmediato con el recién nacido se conoce como una recompensa por enfrentar el dolor y el sufrimiento materno. También se destacaron otros resultados como la importancia de acompañar el apoyo y enfrentar el dolor y actitudes relacionadas con el personal de salud. **Conclusión:** se considera que el empoderamiento de la parturienta y la familia mediante el conocimiento es una herramienta importante para combatir el dolor y el proceso de parto de una manera positiva y fisiológica, que dolor a promover un cambio cultural en la población sobre la importancia de parto vaginal.

**Palabras Clave:** Percepción del Dolor; Dolor de Parto; Salud Complementaria; Humanización de la Atención; Trabajo de Parto ou Parto ; Enfermería

## **A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DE MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO DISTRITO FEDERAL**

### **INTRODUÇÃO**

O processo de parto é didaticamente dividido em quatro períodos clínicos (trabalho de parto - TP, período expulsivo, período placentário e período de recuperação). A dor envolvida no parto é caracterizada por experiência subjetiva sendo influenciada por fatores culturais, étnicos e sociais<sup>1</sup>.

A dor fisicamente pode ser definida como um mecanismo de expressão fisiológica de defesa frente a uma agressão real ou com potencial semelhante<sup>2</sup>. Pode ser caracterizada e identificada por diferentes expressões e relatos (verbais e não verbais) de sintomas<sup>3</sup>.

Sabe-se que, ao longo da história, houve uma transformação cultural sobre a preferência da via de parto e a dor relacionada ao parto vaginal também foi um fator que contribuiu neste processo. Ao longo dos séculos o modelo de assistência à gestante modificou-se, os partos eram domiciliares, assistidos por parteiras, e passaram a ser predominantemente hospitalares, assistidos por médicos e enfermeiros<sup>4,5</sup>.

A institucionalização do parto acarretou um modelo assistencial em que o protagonismo foi deslocado da parturiente para o profissional que a assiste e os partos a serem instrumentalizados (uso de fórceps, episiotomia, posição litotômica, uso de ocitocina sintética, cesarianas)<sup>5,4</sup>. Neste novo modelo devido ao isolamento da gestante, instrumentalização, submissão às rotinas, entre outros, o parto passou a ser considerado sofrido, doloroso e patológico, não mais um ato fisiológico capaz de ser enfrentado por todas as mulheres<sup>6</sup>.

O TP sempre foi, na história da humanidade, um processo marcado por experiências de dor<sup>7</sup>, porém em séculos passados essa dor era considerada culturalmente como um processo natural tendo a via de parto vaginal como principal e de primeira escolha. Devido a essa transformação cultural observou-se aumento nos índices de cesarianas mundialmente, porém no Brasil este fenômeno foi mais evidente. Estudos acrescentam que a cesariana eletiva está mais acessível a população com melhor poder aquisitivo, encontrando-se índices próximos de 90% no setor privado de saúde<sup>8,9</sup>. O parto vaginal é rodeado por relatos de experiências dolorosas, e a dor pode influenciar os casais a optarem por partos cesarianos<sup>8</sup>.

A dor enfrentada no parto pode ser classificada como orgânica, aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional<sup>7</sup>. A dor do TP é causada inicialmente pelas contrações uterinas e posteriormente pela pressão exercida pelo feto nas estruturas pélvicas, no período expulsivo. As contrações uterinas possuem característica intermitente, havendo



aumento progressivo em intensidade, duração e frequência até o término do processo de nascimento<sup>7</sup>.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor foram introduzidos na assistência ao parto durante a década de 90 com a finalidade de amenizar a dor durante o TP de forma não invasiva e não medicamentosa. São métodos que não necessitam de equipamentos sofisticados e podem ser realizados pelo próprio acompanhante de escolha da parturiente<sup>10</sup>. Os métodos mais utilizados são hidroterapia, deambulação, mudança de posição, acupuntura, acupressão, exercícios com bola suíça, toque terapêutico, massagem e as técnicas de respiração/relaxamento<sup>11</sup>.

A presença de um acompanhante é cercada por diversos benefícios, dentre os principais descritos na literatura são: envolver os acompanhantes no processo de parturição reforçando laços afetivos e/ou familiares, diminuição da ansiedade da parturiente, melhor evolução do TP e conseqüentemente conforto físico e emocional, sendo possível reduzir níveis de dor<sup>12</sup>.

Neste cenário a doula representa uma figura importante, sua atuação baseia-se em técnicas não medicamentosas com vistas ao não uso de analgésicos e/ou ocitocina sintética, o que permite que a gestante tenha um TP e parto fisiológicos<sup>12</sup>. A doula fornece suporte físico, emocional e informativo durante o ciclo gravídico-puerperal, acarretando em vínculos positivos entre a paciente, família e equipe de saúde<sup>13</sup>. Salienta-se que a atuação da doula possui foco no controle emocional para diminuição da dor e desconforto da parturiente e não da assistência ao parto propriamente dito.

Diante do exposto objetivou-se neste estudo conhecer a percepção de dor durante o trabalho de parto de puérperas atendidas em um Hospital componente da Rede Suplementar de Saúde do Distrito Federal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu na Maternidade de um Hospital Privado localizado em Brasília/ DF.

A população estudada compreendeu puérperas em recuperação de parto vaginal. A amostra final incluiu 16 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. Excluiu-se puérperas com transtornos mentais ou déficits cognitivos, vítimas de algum ato de violência sexual, física ou moral e puérperas cujos bebês foram à óbito. Também não foram aceitas como participantes puérperas que receberam fármacos para alívio da dor no parto e mulheres que utilizaram ocitocina sintética.

Para coleta de dados utilizou-se análise de prontuário e entrevista semiestruturada com perguntas abertas realizada com cada puérpera em local reservado. 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 participação no estudo foi realizado no próprio leito e o aceite ocorreu mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise do conteúdo seguiu Bardin (2011)<sup>14</sup> em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

Os princípios éticos foram respeitados, seguindo os pressupostos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>15</sup>. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Maternidade Brasília. As gravações das entrevistas serão mantidas em poder da pesquisadora por 5 anos, sendo descartadas após este período. Como forma de manter o anonimato optou-se por substituir os nomes das participantes por nomes de pedras na apresentação das falas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra final do estudo incluiu 16 puérperas. A idade das participantes variou de 19 a 34 anos com média de idade de 28 anos. A maioria das puérperas era casada e com ensino superior completo. Grande parte da amostra possuía renda familiar média de cinco salários mínimos (sendo o valor do salário mínimo R\$788,00) quase a totalidade da amostra possuía trabalho remunerado, sendo a maioria servidora pública.

Quanto ao histórico obstétrico observou-se a predominância de primigestas com média de idade gestacional de 38 semanas. Dentre as 5 multíparas entrevistadas a maioria apresentava partos vaginais em gestações anteriores. Em relação à escolha da via de parto vaginal, ressalta-se que as mulheres informaram decisão livre e consciente. Todas elas tiveram a presença do acompanhante de sua escolha no momento do parto, sendo que algumas optaram por contratar uma doula e/ou enfermeira obstetra.

A partir da análise de conteúdo agrupou-se os dados em três categorias de análise, conforme exposto abaixo.

### ***Categoria 1: “Foi a maior dor da minha vida, pensei em desistir bem no final”***

Essa categoria aborda o tema central deste estudo, a dor enfrentada durante o TP e parto. Agrupou-se dados referentes às características da dor, expectativa da gestante, sentimentos vivenciados em relação a dor no processo de parto e comparação da dor do TP e parto com outras formas de dor vivenciadas anteriormente.

Observou-se que a dor do TP pode estar ligada a sensação de desespero e em consonância a esta um desejo de que o processo fosse acelerado, ou *que acabasse logo*, como referido pela amostra. Relato de surpresa por superação da expectativa no enfrentamento da dor, apesar desta muitas vezes ser maior do que o esperado, e o medo da dor também foram evidenciados. Os trechos abaixo ilustram essas questões:

*Ai passei por sentimento de querer desistir no meio, porque tem uma hora que por mais que você espere a dor é uma dor muito grande (Amazonita).*

*[...] Assim, eu não tive essa coisa muito mágica assim, mas quando passava as contrações dava pra relaxar. Mas deu uma agonia, querendo que acabasse logo, mas ao mesmo tempo assim, quando o neném nasce, ai realmente a gente fica em outro estado. Mas até aquela fase ali bate aquele desespero tipo ‘vamos, acaba logo’ (Berilo).*

*Eu acho que foi mais surpresa, porque a dor foi muito grande não esperava que fosse sentir uma dor tão absurda, [...] surpresa por ter conseguido e não ter passado mal, porque na sala de parto não tomei soro, nem anestesia nem nada. Então foi a surpresa da dor, de ter conseguido e de ter ido muito rápido (Quartzo).*

Historicamente a dor do TP está relacionada a algo intolerável e doloroso fisicamente. Ao longo dos séculos, construiu-se uma cultura de dor relacionada ao parto como uma ideia de sofrimento, perpetuando a ideia de parto como um momento traumático para a mulher do ponto de vista físico e emocional<sup>7</sup>. No entanto, observa-se no último relato apresentado acima que a dor é intermitente permitindo o descanso da parturiente entre as contrações.

Outra questão ligada ao enfrentamento da dor durante o TP, observada nas entrevistas, foi o sentimento de recompensa já no primeiro contato da mãe com o recém-nascido, relatado por elas como um momento único em que compreendem a plenitude da vida e o resultado de todo o esforço necessário durante o processo de parto. O puerpério imediato foi descrito pela amostra como um período no qual *o emocional está em auge*. Detecta-se ainda, no primeiro relato apresentado abaixo, a importância do empoderamento e respeito ao direito de escolha da mulher sobre sua via de parto.

*É de amor mesmo, de plenitude, de saber que eu pude decidir né? Da até vontade de chorar (emocionada). Que eu pude escolher, e de que ele veio quando quis, que era o que eu queria! (Amazonita).*

*Nossa, ótimo! Gratificante por demais! Ele em cima da gente, você poder pegar, abraçar e tudo mais, é ótimo! (Ametista).*

Observa-se ainda, no próximo relato, a importância do contato imediato entre mãe e bebê e o impacto deste para esquecimento da dor e sofrimento vivenciados no TP.

*Nossa, depois do parto, quando você vê ele saindo e chorando, ele te reconhecendo, porque ele olhou pra mim. Assim que ele saiu, já tava com os olhos abertos e já foi pegando no meu dedo, apertou, então eu pude ter o contato com ele, porque até achei que não poderia ter, porque já tinha lido sobre isso, achei que já iam tirar ele de mim imediatamente pra limpar e essas coisas, mas pelo contrário, assim que ele saiu já colocaram ele no meu colo, e escutar o choro dele, ver que tava tudo bem, que ele tava saudável foi a melhor coisa (Ônix).*

A sensação após o nascimento é descrita como um momento de redução de ansiedade em que a dor é ignorada. Assim, os sentimentos de medo, tensão e dor do TP são substituídos por diferentes sensações ao conhecer o bebê. Neste período é comum a puérpera relatar sensação de conforto, alegria e gratidão, atrelados à sensação de “vitória” pelo término do parto com mãe e bebê saudáveis. O primeiro contato entre a puérpera e o recém-nascido bem como iniciação precoce do aleitamento materno oferecem benefícios psíquicos para a vida de toda criança, favorecendo o vínculo entre o bebê e sua família<sup>16</sup>.

A dor é um fator pessoal, mas quanto à sua intensidade obteve-se características similares nas puérperas pertencentes à amostra. Nota-se nos trechos das entrevistas que as expectativas das gestantes frequentemente não corresponderam as suas impressões sobre a intensidade da dor vivenciada. A expectativa pode ser maior ou menor do que a dor vivenciada no momento do TP e parto.

*Foi pior (risos), eu sabia que ia doer, mas que, nossa doeu o dobro do que eu esperava (risos). Que eu pensei em desistir, bem no final (Ametista).*

*Foi muito menos. Vou te falar, o que mais doeu nisso tudo foram as contrações. Que quando vinha, como não estava dilatado o suficiente ainda, eu não podia fazer força, e essa contração não passava e era uma dor muito forte. No momento que eu deitei na mesa de cirurgia, foi questão de minutos, fiz força umas três vezes e ele nasceu (Ônix).*

As modificações impostas ao organismo materno, durante a gestação, consistem em preparo físico e emocional para o parto<sup>3,11</sup>. Essas alterações, atreladas à cultura, vão influenciar na intensidade da dor durante e no enfrentamento do processo do parto, o que irá interferir positivas ou negativamente na impressão e avaliação da gestante sobre as vias de parto e, pensando-se numa visão macro na cultura acerca de cada via de parto<sup>16</sup>.

Outra questão importante sobre o controle emocional no processo de parturição diz respeito aos níveis de adrenalina. Nos momentos de dores as taxas deste hormônio elevam-se no organismo, por consequência aumenta a atividade do sistema nervoso simpático, elevando assim os hormônios responsáveis pelo estresse (hormônio liberador de corticotrofinas e adenocorticotrófico), que agem em defesa do próprio organismo da parturiente. Quando a

parturiente se mantém sob controle emocional este mecanismo de defesa diminui sua atividade e a produção de ocitocina mantém-se ativa para condução do TP, podendo este tornar-se mais rápido<sup>10</sup>.

Solicitou-se às puérperas que comparassem a dor do parto com alguma outra dor vivenciada anteriormente. Para algumas esta comparação não foi possível, enquanto outras compararam-na com cólica menstrual mais intensa, cólica renal e crise de dor na coluna.

*Como eu nunca quebrei nenhum osso, então eu não posso falar nada (risos). Mas assim, a questão que eu senti foi uma cólica muito forte. Eu sempre senti bastante cólica né, mas essa foi uma cólica bastante forte (Ágata).*

*Não, foi a maior dor da minha vida (incomparável) (Âmbar).*

*Já, dá pra comparar com uma dor de cólica renal, e dependendo da intensidade do cálculo renal eles chegam a ficar iguais (Citrino).*

*Como eu já tive crise de coluna e cólica forte, é isso só que mil vezes pior (Quartzo).*

Em relação ao momento das dores mais intensas, foi possível identificar que o ápice de dor acontece, normalmente, no período expulsivo. Segundo as entrevistadas nessa fase do TP as dores costumam ser contínuas, sem intervalos para relaxamento. Observou-se então que a dor durante o TP é diferente do período expulsivo pelo caráter intermitente que permite intervalos de relaxamento da parturiente e um preparo físico e emocional para o enfrentamento da dor da próxima contração.

*[...] O auge da dor foi essa mesmo, o período expulsivo, que não tem o que fazer, o seu corpo faz força por si só, então não tem como você não fazer força (Ametrino).*

*Ah, acho que o pior é quando vai chegando o final das contrações, pra chegar até os 10 cm de dilatação, né. Ai acho que são as dores mais fortes assim, mais insuportáveis, vamos dizer que as outras (trabalho de parto) parece que dão intervalos maiores e até consegue suportar, mas as outras (período expulsivo) já vão dando uma atrás da outra que você nem consegue controlar, se preparar pra receber essa dor né (Fluorita).*

A dor no TP possui causas físicas como o estiramento da cérvix, hipóxia da musculatura uterina causada por diminuição da perfusão durante as contrações, pressão sobre a uretra, a bexiga e o reto, e também a distensão dos músculos do assoalho pélvico<sup>11</sup>. Essas características estão envolvidas principalmente em duas fases: a de dilatação e do período expulsivo, tendo na fase de dilatação uma dor visceral com estímulo doloroso caracterizado pelo mecanismo de distensão do segmento inferior do uterino e da dilatação cervical, e a fase do período expulsivo uma dor somática pela distensão e tração das estruturas ao redor da cúpula vaginal e do assoalho pélvico e períneo conferindo o caráter contínuo de dor<sup>3</sup>.

Culturalmente, a dor tem suas especificidades e influências relacionadas ao modo de agir e pensar, portanto cada grupo social geralmente apresentará resposta em comum ou parecida. Esta influência cultural efetiva-se em ensinamentos adquiridos de outras gerações<sup>2</sup>.

**Categoria 2: “A presença dele colaborou muito, porque se eu tivesse sozinha eu tinha desistido, nossa!”**

Essa categoria aborda a importância da presença do acompanhante durante o período de TP e parto, centrada nos relatos das puérperas entrevistadas. Embora este não fosse o tema central do estudo foi nítida sua importância para controle da parturiente e enfrentamento da dor e do processo de parto.

Nas entrevistas, a importância da presença do acompanhante na sala de parto foi unânime. Do ponto de vista das participantes esse fator fez toda diferença e o principal acompanhante escolhido por elas foi o esposo/ pai do bebê. Algumas destacaram a importância do apoio emocional fornecido pelos acompanhantes para o enfrentamento do processo de parturição, conforme observamos abaixo:

*[...] A presença dele colaborou muito, porque se eu tivesse sozinha eu tinha desistido, nossa! [...] É muita pressão assim, é muita emoção misturada, e se ele não tivesse pedido pra eu esperar, aguentar, que eu ia dar conta eu tinha desistido (Ametista).*

*Foi fundamental, me apoiando né, me ajudando nos exercícios de respiração, me ajudando em tudo, e até ao chamar o profissional de saúde. E principalmente fazendo companhia. E até comentei com ele que eu achei muito assim surpresa, porque foi muito tranquilo. Em comparação ao primeiro ele não chegou a me acompanhar, porque foi pelo SUS né, e lá não pode (Coral).*

Destaca-se que por vezes o papel do acompanhante, esperado pela parturiente, é apenas sua companhia e ter alguém perto para chamar um profissional quando necessário. Deste modo percebe-se que não é possível estabelecer um perfil para que uma pessoa possa ser acompanhante de uma parturiente, o perfil do acompanhante depende do que a mulher espera dele e esta é a importância de que ela escolha seu acompanhante, conforme determina a lei 11.108/2005, uma vez que ela conhece qual é a melhor pessoa em seu círculo social para corresponder a suas expectativas no momento do TP<sup>17</sup>.

Percebe-se ainda na fala da Coral um desconhecimento sobre a Lei nº11.108/2005 que garante a presença de um acompanhante durante o processo de trabalho parto, parto e pós-parto imediato<sup>17</sup>. Por se tratar de uma lei tem validade em qualquer estabelecimento de saúde e não somente na iniciativa privada como referido pela participante do estudo. O desconhecimento da população interfere na questão de autonomia da puérpera e sua família

no processo de parturição. Muitas vezes as informações não são expostas, ignorando assim o respeito aos direitos dos cidadãos<sup>18</sup>.

Destaca-se ainda, nos relatos a seguir, o caráter da indiferença dos profissionais frente à dor da parturiente e a importância do acompanhante no sentido de ter alguém no ambiente que compartilha do seu sofrimento e dos sentimentos de medo e ansiedade em relação ao “sucesso” do parto. Entende-se que a equipe de saúde acaba incorporando as reações das parturientes relacionadas a dor do TP como algo trivial/ rotineiro em seu ambiente de trabalho o que por vezes pode ser percebido como atitudes de indiferença pela parturiente. Cabendo ao profissional também entregar-se ao seu trabalho como ser completo (corpo, mente e alma) pois trata-se de momento de tensão e felicidade para a família.

*A gente se sente mais segura, porque já é um papel que você sabe que por mais que tenha mil pessoas ao seu redor, você sabe que quem tá sofrendo ali é você, não adianta né, então assim o legal de você ter uma pessoa do seu lado é mais pra você saber que você não está só né, você tem mais alguém na expectativa, esperando, que tem mais alguém ansioso e feliz por aquele momento também né, então isso dá mais força pra gente e não deixa a gente se sentir tão só, né, porque é um momento muito difícil, então a gente sozinha passar por isso não deve ser legal não. (risos) (Fluorita).*

*[...] a força que ele estava me dando e na hora que a contração vinha e eu podia apertar a mão dele (risos), [...]. Então dele tá ali comigo, e dele poder assistir o parto né, porque antes não podia. [...] Então pra mim foi uma experiência muito importante. E assim, se ele não estivesse comigo acho que até o medo seria maior (Ônix).*

A presença do acompanhante é uma fonte em que a parturiente encontra força, o que afeta seu TP tornando-o mais tranquilo, com controle de seus sentimentos, e, por fim, um nascimento com menos intervenções. Cabe ao acompanhante auxiliar e assistir a parturiente no que for necessário, incluindo medidas de conforto como massagens, apoio e oferecer incentivo nos momentos de alto índice emocional à mulher<sup>16</sup>.

O pai do bebê é considerado o acompanhante ideal para alguns autores. Além de influenciar na evolução do TP tem importância na criação de vínculo com o recém-nascido. Acompanhar o nascimento estaria envolvendo sentimento em relação a assumir a paternidade, valorizando o seu papel frente à família<sup>19</sup>.

**Categoria 3: “Você falar que vai desistir pra eles, principalmente os médicos que não são humanizados e tudo, eles desistem...”**

Essa categoria aborda a atuação da equipe de saúde, no que tange as orientações e o preparo da gestante desde o pré-natal para o enfrentamento da dor durante o TP.

Nota-se, nas falas das puérperas, que enquanto algumas relataram o recebimento de informações suficientes sobre o processo de parto outras referiram a necessidade de uma busca autônoma por meios eletrônicos para aprofundar conhecimentos.

*[...] Achei um pouco fraco. Tirando o meu conhecimento não iria saber (Ametista).*

*Sim, teve todo o processo de atendimento e teve três reuniões gerais que foram: uma falando sobre amamentação, outra sobre a questão do trabalho de parto normal e outra sobre as das vias e os benefícios delas (Ônix).*

Durante o pré-natal, o Ministério da Saúde recomenda que as condutas devam ser acolhedoras, desenvolvendo-se ações educativas e preventivas, sem a utilização de intervenções desnecessárias, com detecção precoce de risco gestacional e estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto<sup>20</sup>.

As estratégias educativas são amplamente utilizadas com gestantes, no entanto na iniciativa privada os casais interessados buscam este meio para obter conhecimentos, não existe uma oferta tão acessível quanto no Sistema Único de Saúde. As atividades educativas não devem substituir o diálogo nas consultas, deve servir como um reforço ao que já foi conversado na individualidade do consultório.

Com o atendimento individualizado é possível direcionar as orientações à realidade da família, respeitando as particularidades e singularidades. As orientações favorecem segurança no enfrentamento ao parto, inclusive no enfrentamento da dor<sup>16</sup>.

Entre as multíparas incluídas do estudo obteve-se relatos em que o parto vaginal anterior havia sido uma experiência positiva motivando-a a querer novamente esta via de parto e relatos contrários, conforme apresentados abaixo:

*Na verdade foi, mas eu já sabia por conta do primeiro parto que foi normal [...] Eu já sabia como era, então nem pedi muita explicação. Mas eu queria de novo (Citrino).*

*Suficiente, ganhei o primeiro normal, e não queria de jeito nenhum que fosse normal de novo (Cristal).*

Percebe-se então a importância da condução do TP com humanização, respeito e individualidade para que esta seja uma experiência positiva, refletindo numa transformação cultural sobre o parto.

Espera-se no acompanhamento pré-natal orientações sobre as mudanças anatômicas, os mecanismos fisiopatológicos da dor, sugestão de atividades de preparo da musculatura pélvica para o parto, dúvidas sobre a internação, fases do primeiro período do parto. O pré-natal representa um momento preparatório para evitar problemas emocionais e físicos, bem como traumas relacionados ao parto<sup>20</sup>.



O vínculo entre o profissional e a família é muito importante para amenizar o medo que poderá surgir no primeiro período do parto. O medo pode acarretar uma tensão psíquica, que levará a percepção de dor aumenta em virtude da tensão dos órgãos e tecidos. O vínculo faz com que a parturiente reaja com segurança e tranquilidade potencializando a fisiologia do processo de parto<sup>5</sup>. A importância do apoio por parte da equipe foi destacada nos trechos:

*Eu acredito que é muito importante esse apoio (dos profissionais). Você falar que vai desistir pra eles, principalmente os médicos que não são humanizados e tudo, eles desistem, e não insistem em continuar, só se tiver nascendo já não tem como, se o protocolo de cesárea não der mais para cumprir e ser normal (Ametista).*

*Eu estava tentando ser forte, assim, "a dor é psicológica e tenho que ser forte", e a todo momento o doutor falava assim "olha, faltam tantos centímetros pra você ir pra mesa de cirurgia e você fazer o parto. Mas se você quiser cesárea eu faço agora!" Eu sentia aquela pressão de leve, então e ficava pensando se faria ou não, se eu voltaria atrás (Ônix).*

Outro ponto a ser destacado é a cesariana eletiva. No relato anterior nota-se facilidade de acesso da população atendida nos serviços de saúde suplementar a esta cirurgia. O próximo relato evidencia uma falsa impressão de maior controle de riscos na cesariana, ainda que este dado não tenha sido confirmado pelo profissional de saúde.

*Ele falou pra mim seria melhor se fosse normal, porque sangraria menos. O que na verdade não acabou acontecendo, né? Porque no parto normal eu perdi muito sangue. Muito sangue mesmo. E cesárea poderia estar fazendo um certo controle. Lá ele falou pra mim que iria perder muito sangue, e não sei o que, e acabou que ele me deu um susto por conta do problema da plaquetopenia e eu optei por fazer o parto normal (Ágata).*

Estudo evidenciou maior frequência de hemorragia no pós-parto, infecção, tromboembolismo, placenta prévia, placenta acreta, rotura uterina, histerectomia periparto, além apresentar retardo no início e menor tempo de aleitamento materno exclusivo na cesariana em comparação ao parto normal<sup>21</sup>. Sabe-se ainda que cesariana eletiva aumenta em 120 vezes da chance de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe<sup>9</sup>.

Por vezes, a informação passada pelo profissional de saúde precisa ser reforçada por pessoas leigas que passaram pela mesma experiência para que a gestante considere confiável e/ou verdadeira, conforme explícito abaixo.

*Eu já queria a principio, mas teve uma discussão porque eu tenho a vagovagal, e aí o medo era de eu desmaiar durante o parto. Até os últimos dias, e eu tava com uma dúvida,*

*mas aí eu conversei com uma pessoa que também tem e teve parto normal de 41 semanas, e teve crise durante a gestação, e eu fiquei mais animada pro parto normal (Quartzo).*

O apoio dos profissionais de saúde no momento do parto refere-se em auxiliar a parturiente no enfrentamento das dores e desconfortos, proporcionando posições ou situações em que ela possa se sentir melhor, transmitindo segurança e tornando o parto um momento prazeroso a ela, com a minimização de intervenções desnecessárias<sup>5</sup>.

A presença da doula e enfermeira obstetra favorece o parto fisiológico com manejo não farmacológico da dor. O enfermeiro obstetra é amparado pela Lei do Exercício Profissional nº 0447/2015 como responsável por executar o parto sem distócia; realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessário. Ressalta-se ainda sua importância como educador em saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população<sup>22</sup>. A doula consiste em profissional capacitado no suporte emocional e alívio da dor por meio de métodos não farmacológicos. Os relatos abaixo corroboram a importância da equipe multiprofissional de saúde no apoio ao TP e eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor referida pelas puérperas.

*Como eu tinha doula, eu fiquei no quarto com chuveiro, bola e massagem (Ametista).*

*[...] porque eu fiquei o trabalho de parto todo na minha casa, com a enfermeira, e lá sim realizei a massagem, me colocaram debaixo do chuveiro, me deram a bola. [...] Eu vim pra cá com 4 cm de dilatação já, e a médica aqui falou “agora que você tá entrando no trabalho de parto ativo”. [...] a minha intenção era que quando chegasse aqui com 7 cm de dilatação. Só que eu não consegui. [...] E aí fiquei muito decepcionada e falei optei pela cesárea mesmo, já tinha colocado na cabeça, mas aí o rumo foi outro (Cianita).*

*Foi sim, elas passavam e pediam pra que eu fizesse exercícios, pediram pra andar, é importante né? O banho, a água quente caindo nas costas e alivia bastante, e também ajuda na dilatação também, né. Foi bastante importantes fazer esses tipos de exercícios e ajudou mesmo. Até no processo pra andar mais rápido (Fluorita).*

A incorporação dos métodos não farmacológicas para alívio da dor nos hospitais, iniciou nos anos 1990. Neste período observou-se grandes avanços no conhecimento e práticas. Os benefícios destes métodos relacionam-se ao auxílio na descida da apresentação fetal, no relaxamento corporal e da musculatura perineal, alívio da dor, como também a promoção de conforto e a redução de níveis emocionais como estresse e ansiedade<sup>23</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após o desenvolvimento desta pesquisa foi possível compreender aspectos relacionados a dor vivenciada no processo de parto. Destaca-se o caráter subjetivo da

percepção e do enfrentamento da dor no trabalho de parto e parto, bem como a identificação do período expulsivo como o mais dolorido do processo de parto, por esta amostra.

Nota-se que, na Saúde Suplementar, as mulheres tem acesso ao parto humanizado e manejo não farmacológico para o alívio da dor, aspecto muitas vezes precário nos Serviços Públicos de Saúde. As puérperas salientaram a importância do acompanhante no controle emocional e manejo da dor, bem como a importância do conhecimento sobre a fisiologia do parto para uma postura mais segura no trabalho de parto. Destacamos, então, o pré-natal como período importante no preparo emocional do casal grávido e como ferramenta de empoderamento da gestante para que esta atue como protagonista no nascimento do seu bebê.

Salienta-se, ainda, que um novo modelo assistencial possa estar surgindo na iniciativa privada com acompanhamento de fases iniciais do trabalho de parto no domicílio evitando internação hospitalar precoce da parturiente e intervenções desnecessárias, conforme relatado por algumas participantes deste estudo.

### REFERÊNCIAS

1. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana S.M, Marcolin AC. Pain location during early active labor stage. *Rev dor.* 2013;14(3):184-6.
2. Pereira R da R, Franco SC, Baldin N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev. bras. anestesiol.* 2011;61(3):376-88.
3. Nilsen E, Sabatino H, Lopes, MHB de M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):557-65.
4. Menezes PFA de, Portella SDC, Bispo TCF. A situação do parto domiciliar no Brasil. *Revista Enfermagem Contemporânea.* 2012;1(1):3-43.
5. Velho MB, Oliveira ME de, Santos EKA dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(4):652-9.
6. Amorim L de SL. Minhas experiências com o parto sem dor. 2ª edição. Universitária; 2010.
7. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR de. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde. *REME rev min Enferm.* 2012;16(2):241-50.
8. Domingues RMSM, Dias, MAB, Nakumura-Pereira M, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. saúde pública,* 2014;30 Suppl S101-16.
9. Brasil, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Estímulo ao parto normal: Organização da atenção ao pré-natal, parto e nascimento. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>. Acessado em: 22 de set de 2015.
10. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & contexto enferm.* 2010;19(4):774-82.
11. Ricci SS. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher.* Guanabara Koogan, 2008.
12. Santos GS, Souza JO de, Almeida LS de, Gusmão MH. A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. *Diálogos & Ciência.* 2012;31:224-8.
13. Silva RM da, Barros NF de, Jorge HMF, Melo LPT de, Ferreira AR Jr. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012;17(10):2783-94.

14. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011.
15. 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.
16. Frigo J, Ferreira DG, Ascari RA, Marin SM, Adamy EK, Busnello, G. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. *Cogitare enferm.* 2013;18(4):761-6.
17. 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.
18. Carvalho VF de, Kerber NP da C, Azambuja EP de, Bueno FF, Silveira RS da S, Barros AM de. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. *Saúde Soc.* 2014;23(2):572-81.
19. Melo RM de M, Angelo BH de B, Pontes CM, Brito RS de. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015;19(3):454-9.
20. Viellas EF, Domingues, RMSM, Dias MAB, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30 Suppl S85-100.
21. Oliveira AR. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. *Rev port med geral fam.* 2013;29(3):151-9.
22. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Resolução n. 0447, 14 de abril de 2015. **Lex:** Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, abr., 2015.
23. Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. *Enferm. rev.* 2015;18(2):42-56.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL  
MATERNIDADE BRASÍLIA**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A DOR DO TRABALHO DE PARTO NA VOZ DAS MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO DISTRITO FEDERAL.

**Pesquisador:** Sra Juliana Machado Schardosim  
Srta Rafaela Feitosa Courinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**Instituição Proponente:** Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento próprio

**DADOS DO PARECER**

**Data da Relatoria:** 25/02/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa a ser realizada com 15 puérperas de todas as idades, atendidas na maternidade do Hospital Maternidade Brasília (HMB), hospital privado localizado no Setor Sudoeste do Plano Piloto de Brasília/DF, com o objetivo de conhecer a percepção de dor durante o trabalho de parto por meio de experiências relatadas. Ressalta-se que a participação de puérperas menores dependerá da autorização de um responsável legal.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:**

Conhecer a percepção de dor durante o trabalho de parto por meio das experiências relatadas pelas puérperas.

**Objetivos Específicos:**

Caracterizar a amostra estudada segundo dados sócio demográficos e obstétricos;

**Endereço:** QMSW 4  
**Bairro:** Setor Sudoeste  
**UF:** Distrito Federal  
**Telefone:** (61)3315-1047 (61)3315-1000

**CEP:** 70680-400  
**Município:** Brasília

Identificar fatores que influenciam na dor do trabalho de parto de acordo com as experiências relatadas pelas puérperas;

Identificar o processo de enfrentamento da puérpera diante da dor no trabalho de parto e parto;

Compreender as expectativas das mulheres frente ao trabalho de parto.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa que envolve seres humanos em procedimentos de pesquisa não são isentas de risco e a simples exposição da imagem, informações pessoais, o ato de responder a um questionário ou de ser abordado em uma entrevista, possuem riscos aos sujeitos da pesquisa uma vez que poderá causar constrangimentos e sofrimento mental.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde "Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

- a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;
- b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;
- c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento."

No presente projeto de pesquisa o risco é superior ao mínimo e guarda uma relação risco x benefício satisfatório.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa busca verificar, por meio de entrevista e observação de relatos sobre as experiências à percepção de dor durante o trabalho de parto.

O presente projeto de pesquisa contém de forma detalhada seus objetivos, justificativa, passos metodológicos, amostragem, bem como os riscos e benefícios a que os sujeitos serão expostos. O TCLE contempla as informações necessárias para aceite dos participantes.

**Endereço:** QMSW 4

**Bairro:** Setor Sudoeste

**UF:** Distrito Federal

**Telefone:** (61)3315-1047 (61)3315-1000

**CEP:** 70680-400

**Município:** Brasília

**Recomendações:**

Observar que o risco da pesquisa é acima do mínimo.

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

Sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado

BRASILIA, 25 de Fevereiro de 2015.

---

Coordenador

**Endereço:** QMSW 4

**Bairro:** Setor Sudoeste

**UF:** Distrito Federal

**Telefone:** (61)3315-1047 (61)3315-1000

**CEP:** 70680-400

**Município:** Brasília



## 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).

## **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; Resúmen 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.enfermeriaecardiologia.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 seqüencialmente 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.