

NAYALE LUCINDA ANDRADE ALBUQUERQUE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PARTO NORMAL PARA
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA

RECIFE

2013

Nayale Lucinda Andrade Albuquerque

Representações sociais sobre parto normal para enfermeiros da
atenção básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Simone Cristina Soares Brandão

Co-orientador: Profa. Dra. Ladjane do Carmo de A. Araújo

Recife

2013

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

A345r Albuquerque, Nayale Lucinda Andrade.
Representações sociais sobre parto normal para enfermeiros da
Atenção Básica / Nayale Lucinda Andrade Albuquerque. – 2013.
168 f. : il.; 30 cm.

Orientadora: Simone Cristina Soares Brandão.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2013.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Parto Normal. 2. Cesárea. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.
Educação em Saúde. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Brandão, Simone
Cristina Soares. (Orientadora). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-211)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE NAYALE LUCINDA ANDRADE ALBUQUERQUE, ALUNA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, TURMA INICIADA EM 2011 (DOIS MIL E ONZE)

Às nove horas do dia vinte e três de Maio de dois mil e treze, no Auditório do Prédio das Pós-Graduações do CCS, tiveram início, pelo Coordenador do Curso, Prof^o. Dr. Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho, o trabalho de Defesa de Dissertação, da mestrande Nayale Lucinda Andrade Albuquerque para obtenção do **Grau de Mestre em Ciências da Saúde** do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. A Comissão Julgadora eleita pelo Colegiado do Curso e homologada pelas Câmaras de Pesquisa e Pós-Graduação foi formada pelos professores: **Dra. Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos**, na qualidade de Presidente, do Departamento de Enfermagem da UFPE, **Dra. Eloine Nascimento de Alencar**, do Departamento de Enfermagem da ASCES e **Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro**, do Departamento de Enfermagem da UFPE. A Dissertação apresentada versou sobre: “Representações Sociais Sobre Parto Normal Para Enfermeiros da Atenção Básica”, tendo como orientadora a Prof^a. Simone Cristina Soares Brandão, do Departamento de Medicina Nuclear da UFPE e como co-orientadora a Prof^a. Ladjane do Carmo de Albuquerque Araújo, do Departamento de Enfermagem da UFPE. Após explanação de 30 minutos feita pela candidata, justificando a escolha do assunto, objetivos da Dissertação, metodologia empregada e resultados obtidos, ilustrados com dispositivos, foram realizadas as arguições pela Banca Examinadora, todos no tempo regulamentar e respondido pela candidata. Ao término das arguições, a Banca avaliou em secreto e proferiu o seguinte resultado: **APROVADA**. Nada mais havendo a registrar, foram encerrados os trabalhos, do que, para constar, foi elaborado o presente relatório que vai assinado pelo Senhor Presidente e demais membros da Comissão Julgadora. Recife, 23 de Maio de 2013.

Dra. Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos (Presidente)

Dra. Eloine Nascimento de Alencar

Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

*A Fabrício Andrade e Davi Andrade,
por todo o amor que compartilhamos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me guia, me protege e me encoraja em cada oportunidade concedida.

A professora Dra. Simone Brandão, por ter me acolhido de uma forma tão simples e tão concreta, transmitindo segurança a partir da confiança depositada. Obrigada!

A professora Dra. Ladjane Araújo pelas lições apreendidas ao longo da minha formação.

A minha querida profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos. Entre nós, originaram-se laços maternos de muito amor e respeito, que me fazem crescer na minha caminhada profissional.

Ao meu amado marido, Fabrício Andrade, por todo o amor demonstrado em cada sorriso, abraço e pela paciência, diante de todas as atribuições desenvolvidas nestes dois anos.

Ao meu amado filho, Davi Andrade, meu maior tesouro. Pelos momentos em que necessitei estar distante, mesmo estando tão perto. Pela força que o seu sorriso transmite e que me faz caminhar sempre em frente.

Aos meus amados pais, que me oportunizaram a vida e me incentivaram a ir sempre adiante com seus exemplos de vida e dedicação incansáveis.

Aos meus irmãos, pelo amor ofertado ao meu filho nos momentos em que necessitei estar ausente.

A Celestina Ulisses, pela dedicação e amor nos cuidados com meu filho e nossa família.

As minhas amigas, em especial, Marília Cruz. Pelo seu calor humano, sua amizade simples, que me ajuda a enxergar que um amigo bom e fiel, vale mais que um tesouro.

Aos meus familiares, em especial, minhas avós e minha querida Tia Socorro, pelo carinho, compreensão diante das minhas ausências.

Aos meus colegas de mestrado, turma humana, esforçada e cheia de alegria de viver.

Aos meus colegas de trabalho, em especial, Eloine Alencar, Vanessa Juvino e Alecsandra Lucena, pelo carinho e cuidado tão humano.

A Faculdade ASCES, que me oportuniza realizar um trabalho em que me realizo a cada dia.

As minhas alunas e alunos, por todo o carinho e respeito neste período.

A todos os profissionais de saúde que se esforcem por uma assistência obstétrica mais humana.

*“Para mudar o mundo é preciso
primeiro mudar a forma de nascer”*

(Michel Odent).

RESUMO

Observa-se uma preocupação com o aumento mundial de cesarianas, emergindo discussões na busca de compreender os processos promotores deste cenário. Compreender os aspectos culturais do cuidador que estão imbricados no processo do cuidar no momento do pré-natal, faz do profissional de saúde um ser crucial para as decisões e posturas no momento de parir. Neste contexto, surge a seguinte questão a ser respondida: Quais as representações das enfermeiras da atenção básica sobre parto normal? O artigo de revisão objetivou analisar as evidências científicas acerca da preferência das mulheres pela via de parto. As bases de dados utilizadas foram LILACS e MEDLINE, utilizando os descritores em português e inglês “Patient preference”, “Health Knowledge, Attitudes, Practice”, “Parturition”, “preferência do paciente”, “parto”. resultando em 11 artigos após seleção. Os resultados demonstraram uma maior preferência pelo parto normal, indicando a existência de um desejo, mas não de uma decisão das mulheres pelo parto normal, já que as taxas de cesarianas encontram-se em constante crescimento. É reconhecida a constante investigação por parte dos pesquisadores, por haver uma necessidade de estudos com maior nível de evidência que permitam esclarecer os contra censos encontrados e a aplicação de estratégias que impactem a realidade social. Observa-se, também a importância dos estudos qualitativos em saúde na compreensão histórica, social, política e cultural que envolve este alto índice de partos cesarianos no mundo. O artigo original teve como objetivo: Identificar as representações sociais do parto para enfermeiros da atenção básica. Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado no ano de 2012, em Caruaru/PE, nordeste do Brasil, com 12 enfermeiras responsáveis por Equipes de Saúde da Família e que possuíam mais de 01 ano de experiência na atenção básica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiada pela seguinte questão norteadora: *Fale-me sobre parto normal?* As falas foram submetidas à análise de conteúdo temática, proposta por Bardin e interpretadas à luz dos constructos da Teoria das Representações Sociais. A partir da análise das falas, emergiram quatro categorias temáticas: Lei da vida, Desejo e negação do parto normal, Insegurança, Imposição para mulheres de baixa renda. O parto normal é ancorado em relatos positivos de que é um evento natural, permeado pelo auxílio divino em sua evolução, trazendo o desejo em vivenciá-lo. Emergiram, ainda, ancoragens deste evento na insegurança e numa imposição dos serviços públicos de saúde, fazendo com que este desejo não se concretize. Compreender as representações sociais do parto normal, pela perspectiva da enfermagem atuante na atenção básica, propicia um olhar sob a educação em saúde no pré-natal, onde são reelaborados os conhecimentos que envolvem este evento. Este olhar também aponta para a atenção à educação continuada destes profissionais, podendo favorecer a geração de representações sociais positivas do parto normal e auxiliar em condutas éticas e humanas às mulheres, contribuindo na desconstrução do modelo biomédico instituído na saúde pública vigente.

Palavras-chave: Parto Normal, Cesárea, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

There has been a concern for the worldwide increase in cesarean sections, emerging discussions in seeking to understand the processes promoters of this scenario. Understanding the cultural aspects of the caregiver that are interwoven in the process of care at the time of prenatal care, the healthcare professional makes a being crucial to the decisions and attitudes at the time of giving birth. In this context, the following question to be answered: What are the representations of primary care nurses about childbirth? The review article aims at analyzing the scientific evidence about the preference of women for delivery route. The databases used were LILACS and MEDLINE, using the key words in Portuguese and English "Patient preference", "Health Knowledge, Attitudes, Practice," "Parturition", "patient preference", "childbirth". resulting in 11 articles after selection. The results showed a greater preference for normal childbirth, indicating the existence of a desire, but not a decision of women at childbirth, since cesarean rates are constantly growing. It recognized the continuing investigation by researchers, because there is a need for studies with the highest level of evidence to clarify the census found against and implementing strategies that impact the social reality. It is noted also the importance of qualitative studies on health in understanding historical, social, political and cultural surrounding this high rate of caesarean sections in the world. The original article aims: Unveiling the social representations of delivery for primary care nurses. A descriptive, exploratory, conducted in 2012, in Caruaru / PE, Northeastern Brazil, with 12 nurses responsible for Family Health Teams and who had more than 01 years of experience in primary care. Semi-structured interviews were conducted, guided by the following question: Tell me about natural childbirth? The speeches were subjected to thematic content analysis proposed by Bardin and interpreted in the light of the constructs of the Theory of Social Representations. From the analysis of speech revealed four thematic categories: Law of life, desire and denial of normal birth, Insecurity, levy for low-income women. Normal delivery is anchored in positive reports that it is a natural event, permeated by the divine aid in its evolution, bringing the desire to experience it. Emerged also anchors this event insecurity and an imposition of public health services, making this wish does not materialize. Understand the social representations of normal birth, from the perspective of an active primary care nursing, provides a look under the health education on prenatal care, where are reworked knowledge surrounding this event. This look also points to the attention to the continuing education of these professionals, may favor the generation of positive social representations of childbirth and assist in ethical conduct and human women, helping in the deconstruction of the biomedical model introduced in current public health policies.

Key words: Vaginal Delivery, Cesarean, Primary Health Care, Health Education, Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Referencial Teórico

FIGURA 1. Modelo Teórico - Correlação das representações sociais dos profissionais de saúde para o parto e a influência na prática educativa.

Artigo de Revisão Sistemática

FIGURA 2. Fluxograma de seleção dos artigos

QUADRO 1 – Preferência pela via de parto entre mulheres. Recife, 2013.

QUADRO 2. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Recife, 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CEBM	Centre for evidence based medicine
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERES	Gerência Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
STROBE	STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 A teoria das representações sociais: aspectos conceituais	18
2.2 Representações sociais e parto normal: cenário atual e concepções	19
2.3 O cuidar da gestante no pré-natal e processos interferentes na promoção do parto normal	23
2.4 Práticas educativas no pré-natal: o olhar sob os profissionais pré-natalistas	25
3. CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 Metodologia do primeiro artigo: “Preferência pela via de parto: uma revisão sistemática da literatura”	32
3.1.1 Escolha da abordagem	32
3.1.2 Etapas da Revisão Sistemática	32
3.2 Metodologia do segundo artigo: “Representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal”	37
3.2.1 Escolha da Metodologia	37
3.2.2 Cenário da investigação e período da pesquisa	38
3.2.3 Participantes do estudo	38
3.2.4 Critérios de Elegibilidade	39
3.2.5 Etapa e método de coleta de dados	39
3.2.6 Análise dos Dados	40
3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41

4. CAPÍTULO III - RESULTADOS	43
4.1 Artigo de Revisão Sistemática	44
4.2 Artigo Original	56
5. CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	78
Apêndice B– Roteiro para coleta de dados	81
Apêndice C– Grelha de Bardin	83
ANEXOS	
Anexo A – Teste de Relevância	84
Anexo B – Recomendações STROBE	86
Anexo C – Centre for evidence based medicine	90
Anexo D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	92
Anexo E – Carta de Anuência	94
Anexo F – Regulamento de defesa e normas do programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde	95
Anexo G – Normas de publicação – Revista Cogitare Enfermagem	111
Anexo H – Normas de publicação – Revista Latino Americana de Enfermagem	144
Anexo I – Guidelines para pesquisa qualitativa	163

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

O interesse pela saúde da mulher surgiu antes mesmo de iniciar o curso de graduação em Enfermagem, em idade muito tênue, quando já havia despertado uma preocupação no cuidar das pessoas e um gosto em ouvir as histórias que as mulheres da minha família contavam sobre o nascimento de seus filhos. Além disso, a cada nascimento na família, acompanhava as visitas em maternidades cultivando em mim o encantamento pela magia do nascimento. Durante a graduação, esse interesse foi se solidificando uma vez que a realidade da assistência à mulher permitiu uma reflexão mais acurada acerca de todos os processos, inclusive os intervencionistas sofridos por essas mulheres, desde sua obediência e passividade demonstradas.

Após o ingresso no Programa de Residência de Saúde da Mulher, em 2006, a apropriação de forma mais concreta das habilidades de assistência ao parto normal auxiliou em mais um passo quanto à compreensão crítica da realidade as quais vivenciam milhares de mulheres não orientadas para esse momento tão significativo na vida. Os estudos nesta área continuaram com a oportunidade de atuação na docência, na pesquisa e nas práticas em maternidades, promovendo uma inquietação quanto aos direitos das mulheres na vivência deste momento de forma digna, iniciando esta preparação no pré-natal.

O despreparo das parturientes chamava-me atenção e surgiram questionamentos que culminaram na temática desta pesquisa. Como está sendo a preparação das gestantes no momento do pré-natal? Existe uma preparação no sentido de torná-las ativas no seu processo singular do parto? As enfermeiras pré natalistas acreditam no parto normal, para estarem sensibilizadas para a preparação destas mulheres no processo de nascimento do seu rebento? Quais as representações das enfermeiras das estratégias de saúde sobre parto normal, uma vez que as representações sociais remetem a um comportamento?

A compreensão de cuidado integral no processo de trabalho de parto ainda encontra-se fragmentada refletindo na assistência à mulher, dificultando o trabalho interdisciplinar e a implementação das propostas ofertadas pelos programas de saúde. Além disso, a assistência realizada pelo profissional de saúde, também sofre interferências do contexto de experiências pessoais e dos conhecimentos adquiridos em sua vivência acadêmica, sendo importante a

compreensão das suas construções diante de ações de saúde a fim de observar as influências no cuidado prestado.

No contexto do Sistema Único de Saúde, as parturientes são levadas a experienciar o parto normal, uma vez que esta orientação faz parte das metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Contudo, muitas delas não possuem orientações adequadas para vivenciar este processo, gerando experiências negativas que tem provocado traumas físicos e emocionais perpassando as suas famílias e as gerações.

A falta de preparo destas mulheres para a dinâmica do parto normal pode provocar alterações, prolongando o parto. O profissional de saúde e em especial o enfermeiro, um dos protagonistas da assistência à saúde da mulher na atenção básica, passa a ser um importante objeto de estudo, por ser uma figura importante na construção de conhecimentos e de mudança de uma realidade. Daí a importância de identificar as representações sociais desses profissionais e perceber suas repercussões no cotidiano coletivo.

Diante desta justificativa foi traçado o seguinte objetivo:

- Identificar as representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal.

Obedecendo as normas do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, que regulamentam a estrutura a produção dos trabalhos de conclusão, esta dissertação foi estruturada em quatro capítulos.

O **primeiro capítulo** corresponde ao referencial teórico, necessário ao desenvolvimento da pesquisa, de fundamental importância para o entendimento do objeto estudado. Neste momento, apresenta-se a teoria das Representações Sociais e os processos que geram estas representações. Diante desta explanação, foram apresentadas as representações sociais do parto normal e as influências nas condutas e decisões de todos os envolvidos neste processo.

O **segundo capítulo**, descreve o percurso metodológico dos dois artigos construídos, favorecendo o entendimento de forma detalhada de todos os caminhos percorridos para

delinear o contexto do estudo, os processos de busca e coleta dos dados, a análise dos dados e os aspectos éticos e legais que permearam toda a pesquisa.

O **terceiro capítulo** está composto pelo o artigo de revisão e o artigo original. O artigo de revisão intitulado “Preferência pela via de parto: uma revisão sistemática” teve como objetivo analisar as evidências científicas acerca da preferência das mulheres pela via de parto, resultando em uma avaliação de 11 artigos, o qual foi submetido à Revista Cogitare Enfermagem. O artigo original, de caráter qualitativo, intitulado “Representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre parto normal”, será encaminhado à Revista Latino Americana de Enfermagem. O objetivo deste estudo foi identificar as representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre parto normal, a partir das falas de 12 de enfermeiras que trabalham na atenção básica, emergindo 04 categorias temáticas: Lei da vida, Desejo e negação do parto normal, Insegurança, Imposição para mulheres de baixa renda.

O **quarto capítulo** apresenta as considerações finais, reunindo de forma objetiva todos os resultados que possibilitam o surgimento de novas inquietações acerca da mulher e do parto normal e da formação dos profissionais de saúde envolvidos neste processo, assim como promove o reconhecimento de ações inovadoras no cenário das práticas educativas de saúde.

Referencial Teórico

2. CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo são destacados aspectos gerais da Teoria das Representações Sociais interligando ao contexto atual do parto normal e o cuidar da enfermagem na gestação e no parto, destacando o ambiente da atenção básica e as práticas educativas de saúde.

2.1 A Teoria das Representações Sociais: aspectos conceituais

As representações sociais são conhecimentos produzidos pelo senso comum, a partir das comunicações sociais, que auxiliam na compreensão da realidade social e na forma como posicionar-se diante delas (JODELET, 2001; SANTOS; ALMEIDA, 2005). Neste contexto, a Teoria das Representações Sociais é um modelo teórico que propicia a construção do conhecimento científico visando à compreensão do conhecimento elaborado pelo senso comum (MOSCOVICI, 2009). As representações não são originadas individualmente, mas produzidas nas interações sociais apresentando-se nas conversações, a partir das exposições de ideias, crenças e imagens. Essa apropriação da realidade permite o confronto com informações preexistentes do sujeito e uma reconstrução do objeto. Neste sentido, o sujeito é construtor ativo da realidade (MOSCOVICI, 2009).

A construção dar-se-á a partir de dois mecanismos de pensamento, denominados objetivação e ancoragem (MOSCOVICI, 2009). A objetivação torna o desconhecido em familiar, onde os sujeitos sociais resgatam a informação do objeto de interesse lançado em meio a tantas informações cotidianas e confrontam com informações pré-existentes contidas em seu sistema de pensamentos, formulando conceitos para este objeto (MOSCOVICI, 2009; SANTOS; ALMEIDA, 2005). Estes conceitos são comparados aos conceitos pré - existentes e categorizados mentalmente, dando sentido ao objeto, sendo este processo denominado de ancoragem (SANTOS; ALMEIDA, 2005). Segundo Moscovici (2009), “ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa”.

Portanto, o objeto é reconstruído em seu sistema de representações e a realidade é apreendida, passando de realidade objetiva para realidade subjetiva, ou seja, não reproduzindo a informação, mas reelaborando-a (MOSCOVICI, 2009). A finalidade das representações sociais é tornar compreensível a realidade social, auxiliando o sujeito na tomada de decisões.

Assim, auxilia o mesmo a direcionar suas ações, permitindo a inserção deste sujeito em um grupo social que compartilhe dos mesmos pensamentos e posicionamentos (SANTOS; ALMEIDA, 2005; JODELET, 2001).

As representações sociais ainda funcionam justificando as ações dos sujeitos e seus comportamentos diante do objeto confrontado (JODELET, 2001). Para controlar a realidade, o homem utiliza-se do conhecimento o qual constrói as sociedades, a partir da tomada de decisões formuladas pelo sistema de pensamentos (SANTOS; ALMEIDA, 2005). Diante deste entendimento, a Teoria das Representações Sociais surge como forma científica de compreender a construção das representações sociais produzidas pelos sujeitos, desvelando os movimentos que constroem a sociedade e suas finalidades. É uma teoria do senso comum, onde esclarece como o ser humano vê a sociedade e como ele se relaciona com ela (SANTOS; ALMEIDA, 2005; JODELET, 2001).

Neste sentido, identificar as representações sociais das enfermeiras sobre o parto normal permite uma geração de informações importantes para identificação de ações de promoção ao parto que se aproximem da realidade dos sujeitos. O parto está em pauta nas práticas e conversas cotidianas de mulheres grávidas, familiares e profissionais de saúde, assim como nas redes de comunicação social, possuindo significados diferentes em cada contexto inserido. Portanto, ele é capaz de gerar representações sociais nos dias atuais, que são compartilhadas e repassadas entre as gerações, estabelecendo identidade cultural às comunidades (MOSCOVICI, 2009). Um passo de grande importância é compreender, não só os índices e as consequências, mas também os relatos, explicações, anseios e dúvidas da própria classe feminina, assim como daqueles que trabalham diretamente com o parto.

2.2 As Representações Sociais e o parto normal: cenário atual e concepções

Pesquisas revelam uma maior preferência pelo parto normal (STOLL et al, 2009; MANDARINO et al, 2009; MELCHIORI et al, 2009), porém o cenário mundial atual apresenta taxas elevadas do parto cesáreo como verificado em estudo da OMS (VILLAR et al, 2006; LUMBIGANON et al, 2010; SHAH et al, 2009). As causas desta redução do parto normal perpassam o âmbito dos números, por envolverem vários aspectos subjetivos, imbricados na realidade social e cultural das mulheres. Avaliar o baixo índice dos partos

normais leva o pesquisador à “problematização do produto humano objetivado”, com grande valor na análise populacional de forma a constituir generalizações e formular evidências científicas, porém não se consegue observar o processo dinâmico que envolve o ser humano e a realidade vivenciada na gestação e no parto (MINAYO, 2000). Compreender os significados que leva a sociedade a negar o parto normal permite analisar como este pensamento é construído, levando a atitudes que geralmente são influenciáveis no meio social (MINAYO, 2000; JODELET, 2001).

A escolha do parto perpassa diversas interfaces, como demonstra um estudo qualitativo realizado na Austrália sobre o pedido das mulheres por uma cesariana na primeira gravidez. O medo do parto normal, a insegurança, a desvalorização do corpo da mulher foram significações que emergiram no decorrer da pesquisa, havendo a percepção de que os médicos apoiam a escolha das mulheres pela cesariana (FENWICK et al, 2010).

Ainda na Austrália, mulheres que tiveram um parto cesáreo, apresentaram desejo pelo parto normal por compreenderem que este parto é mais natural e melhor para o bebê e que possui significado importante na vivência de forma plena da sua feminilidade (McGRATH; PHILLIPS; VAUGHAN, 2010). No Canadá, uma investigação sobre a influência de histórias pregressas de partos, presentes no senso comum, na escolha pela cesariana demonstrou que as mesmas foram realizadas por existirem representações negativas do parto normal encontradas em histórias de amigos e parentes, como também transmitidas por informações médicas (MUNRO; KORNELSEN; HUTTON, 2009). Solidão, falta de apoio, exposição indevida do corpo, são algumas das representações sociais do parto normal apresentadas por mães adolescentes (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011).

O parto normal também é percebido como um momento repleto de religiosidade, como demonstrado em relatos de mulheres, existindo a crença de que uma força superior auxilia a mulher que o vivencia. Assim elas oram a Deus e a alguns santos pedindo a proteção no momento do parto e, alguns relatos trazem que o parto é conseguido a partir desta força divina. Prazer, satisfação, alívio por ter passado o momento de dor e sofrimento, também é encontrado nas falas dos sujeitos (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Expectativas positivas e negativas sobre o parto normal são relatadas em um estudo qualitativo. Dentre as positivas, apenas uma gestante relatou estar tranquila quanto ao

atendimento médico, por este já ter uma equipe preparada. Quanto às expectativas negativas, 19 mulheres afirmaram estar com medo de um parto prematuro, medo da dor, medo do atendimento, medo da incapacidade do corpo, medo de não saber quais são os sinais do parto, medo de não ter controle sobre o parto. Quatro mulheres relataram expectativas positivas e negativas como o medo das intervenções desnecessárias, o parto é rápido e fácil. Por fim, nove mulheres não referiram expectativas, onde os autores concluem que pode estar relacionado ao medo e ansiedade do parto, por este ser um momento novo e desconhecido (LOPES *et al*, 2005).

O parto normal é temido por muitos, pois frequentemente sua imagem é associada a dor e sofrimento, como apontam alguns estudos qualitativos (BEZERRA; CARDOSO, 2006; FIGUEREIDO *et al*, 2010; NILSSON; BONDAS; LUNDGREN, 2010; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008). A origem destes sentimentos está ancorada nas informações lançadas por amigos, parentes sobre as experiências traumáticas com este tipo de parto e como é o atendimento nas instituições, gerando o medo e a insegurança, dificultando o parto (BEZERRA; CARDOSO, 2006; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Acrescenta-se que as informações da mídia consolidam este imaginário (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A dor do parto possui uma imagem de castigo, no sentido bíblico, devido ao pecado original. Sendo um castigo, o parto normal é representado por um momento de tortura, de grande sofrimento e até de um momento que pode levar à morte (BEZERRA; CARDOSO, 2006; FIGUEREIDO *et al*, 2010). Algumas mulheres descrevem a dor como importante componente de superação e que as tornam mais femininas, mais mães, sendo uma missão das mulheres (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Ao negarem a dor, as mulheres optam por uma cesariana indagando que esta dor era enfrentada por uma sociedade primitiva e que não é uma escolha moderna. Quando as mulheres escolhem a cesariana, de imediato há a aceitação médica sendo constatada que o parto normal é uma “etapa dolorosa desnecessária” (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Estes relatos expressam conhecimentos partilhados no senso comum, ou seja, representações sociais que geram percepções acerca do parto, influenciadas pelos sujeitos os quais se comunicam. Dentre os sujeitos envolvidos, destaca-se a presença dos profissionais de saúde, tornando suas informações em significados que influenciam na tomada de decisões dos

sujeitos no momento da escolha do parto ou dificultando o seu processo de evolução natural. Por ser um momento que envolve medo, insegurança, solidão, dor e onde as mulheres relatam uma falta de apoio, a presença de um cuidador durante o trabalho de parto, que pode ser alguém da família, amigo ou uma doula^a, é uma das ações que favorecem o rompimento da geração de representações negativas do parto normal (HODNETT, 2013). Uma revisão sistemática da Cochrane encontrou efeitos benéficos destes cuidadores, os quais promoveram redução do uso de medicamentos para dor, diminuição do número de cesarianas, discreta redução do tempo de parto, sendo importante favorecer este tipo de cuidado individualizado e humanizado (HODNETT, 2013).

Um estudo transversal acerca da opinião das mulheres quanto à presença de acompanhante no parto normal, numa maternidade escola do estado do Ceará, verificou que 68,5% das mulheres relataram ser o acompanhante uma forma de apoio emocional, mesmo quando eles não conheciam técnicas de redução da dor do parto, 22% relatou que o acompanhante proporcionou apoio emocional e físico e apenas 9% relatou que o acompanhante teve uma presença passiva neste momento. No mesmo estudo, 82,8% das mulheres afirmaram ser muito importante a presença do acompanhante no momento do parto. Portanto, os autores concluíram que a presença do acompanhante deve ser estimulada, porém é necessário dar condições a estes cuidadores para que possam estar mais bem preparados para esta função (TELES *et al*, 2010).

Outra questão geradora de representações negativas do parto normal é quanto ao ambiente das salas de parto. Existe a necessidade de ser revisto, pois a privacidade e uma estrutura que possibilite ações não farmacológicas de alívio da dor são necessárias a fim de sustentar as propostas de modificação desse cenário atual medicalizado. Dentre os métodos não farmacológicos que promovem o parto normal humanizado, estão a yoga, a acupuntura, a hipnose e o relaxamento, aumentando a satisfação do parto (WARREN *et al*, 2013; SMITH *et al*, 2013).

^a Assistente de parto que proporciona informação, acolhimento, apoio físico e emocional às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

Esta mudança também é necessária no âmbito do respeito à dignidade da mulher. Existe uma frequente ocorrência de maus tratos, a partir de agressões verbais e até mesmo físicas, dentre outros tipos de violência, os quais devem ser combatidos para que haja o suporte tão desejado à mulher para um parto normal (WARREN *et al*, 2013). As mulheres reclamam dos protocolos hospitalares, onde institui a retirada de toda a vestimenta, ficando nuas e expostas a todos os profissionais de saúde, a todas as outras mulheres que estão na enfermaria e a todos os outros funcionários dos hospitais, sendo mais um desrespeito à sua privacidade (FENWICK *et al*, 2010).

As diversas intervenções desnecessárias são encaradas pelas parturientes como mais um reforço aos medos e constrangimentos neste momento. A lavagem intestinal, a tricotomia dos pêlos pubianos, o uso indiscriminado da ocitocina, o Kristeller^b, a instituição do decúbito dorsal, os gritos ordenando que a mulher faça força (força de cocô, força comprida) são desestimuladas pela World Health Organization (WHO), mas ainda praticadas rotineiramente por muitos profissionais de saúde (BENATTI; MIN, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Todas estas intervenções geram, como em uma cascata, a episiotomia de rotina (BENATTI; MIN, 2011). Uma revisão sistemática aponta que este procedimento utilizado rotineiramente é causa de dor, sangramento, complicações e não protege a musculatura pélvica (CARVALHO; SOUZA; MORAIS FILHO, 2010). Outro estudo de revisão sistemática da Cochrane demonstra que a realização de episiotomia de forma restritiva possui um maior benefício em relação à sua prática rotineira (CARROLI; BELIZÁN, 2008; CARROLI; MIGNINI, 2013). Considerando este contexto, o estudo de Pereira, Franco e Baldin (2011) destaca o despreparo destas mulheres diante do parto, a partir de dificuldades de obter informações dos profissionais de saúde no momento do pré-natal, transformando os sentimentos negativos em insegurança.

^b Manobra de expressão no fundo do útero, utilizada durante as contrações do parto e que visa empurrar a criança em direção à vagina.

2.3 O cuidar da gestante no pré-natal e processos interferentes na promoção do parto normal

A atenção básica é um local primordial para promoção de práticas de saúde na gestação por oportunizar a comunidade uma participação ativa na educação em saúde, resgatando o compromisso com a qualidade de vida e com o respeito à mulher quanto aos seus direitos de informações adequadas de saúde (AYRES, 2004; BRASIL, 1997). O pré-natal contém, em sua essência, oportunidades cruciais de desenvolvimento da educação para o parto e para o ser mãe. O processo do cuidar pode ser posto em prática pelos profissionais de saúde preparando as gestantes fisicamente e psicologicamente para parir (RIOS; VIEIRA, 2007). O mesmo é iniciado com o acolhimento preconizado pelos programas vigentes no Brasil, os quais priorizam o diálogo aberto, importante meio para o reconhecimento do estado de saúde da mulher, norteando a tomada de decisões (PARADA; TONETE, 2008).

Pesquisa sobre assistência pré-natal revelou a existência de incentivo quanto ao aumento da cobertura desta ação, em detrimento da qualidade de atendimento. Percebe-se a necessidade da criação de espaços para a prática educativa por existir temas variados a ser explorados, emergentes de grupos de pré-natal (RIOS; VIEIRA, 2007). Existe um processo de trabalho estabelecido que interfere na realização das ações educativas no pré-natal, quando os profissionais deparam-se com quantidade importante de atribuições administrativas e baixo reconhecimento social pelo trabalho desenvolvido, desmotivando esta prática (RIOS; VIEIRA, 2007).

Na implementação da educação em saúde, denota-se a mulher como ser social recebendo informações de variados campos de orientações, processando-as em seu universo interno. Estes dados são reconstituídos e lançados ao ambiente que a envolve, integrando suas concepções a uma rede de relações, que orientam comportamentos (JODELET, 2001; SANTOS; ALMEIDA, 2005). Esses comportamentos podem perpetuar gerações, possuindo influência no processo do autocuidado, o que traduz conseqüências no momento da decisão pelo parto, remetendo à compreensão das “cesarianas a pedido”, conforme verificado anteriormente. Por vezes, a decisão da mulher é tão consistente, que inconscientemente encontra-se preparada para a experiência que ela deseja e não para a realidade que a envolve,

interferindo no preparo para o parto normal (LUMBIGANON *et al*, 2010; SANTOS; ALMEIDA, 2005; LOPES, 2005; PARADA; TONETE, 2008).

Observa-se um despreparo de muitas mulheres quanto ao processo natural do parto no momento do partejar, tendo consequências maléficas à saúde do binômio mãe-filho, havendo, portanto, uma necessidade de discussão deste processo durante o pré-natal (CERNADAS *et al*, 2010). O profissional de saúde deve assumir uma postura de transformação da realidade sem imposições, compreendendo os aspectos implicados no cotidiano de cada mulher que abrangem as diferentes concepções construídas e reconstruídas no seu dia-a-dia (BEZERRA; CARDOSO, 2006; SILVERIA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Este fato pode ser visualizado no momento em que se acredita que uma cesariana prévia, intercorrências na gestação, idade materna avançada são, obrigatoriamente, indicações para uma cesariana. Estas concepções adentram a educação em saúde realizada pelos profissionais promotores de saúde no momento em que se evidencia, em alguns estudos, a deficiência nas informações quanto ao parto no pré-natal, favorecendo o parto cirúrgico (SAKAE *et al*, 2009). O despreparo para o parto e a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde quanto a este evento pode exacerbar sentimentos negativos, tendo em vista a realidade da gestante. O cuidado integral, portanto, é resgatado e necessita ser reformulado a cada ser assistido, permitindo ser o pré natal, um dos momentos oportunistas deste ato de forma plena (PARADA; TONETE, 2008).

2.4 Práticas educativas no pré-natal: o olhar sob os profissionais pré-natalistas

Visualiza-se, nas consultas pré-natais, mulheres geralmente tratadas como coadjuvantes e ausência de vínculo entre o cuidador e o ser cuidado, incoerente com a proposta do PHPN, que promove a autonomia à mulher na tomada de decisões acerca de sua saúde (LOPES, 2005; BRASIL, 2000). O desconhecimento do comportamento da mulher, suas crenças, seus valores, suas dúvidas permanecem (RIOS; VIEIRA, 2007) e não serão totalmente reconhecidas no momento do parto, pois existe uma impossibilidade de compreender estes aspectos em tão pouco tempo. Portanto, orienta-se a prática da escuta e acolhimento durante o período pré-natal (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

A educação para o parto mostra-se imprescindível para o seu sucesso e deve ser baseada nas evidências apontadas pela WHO (1996) trazendo a mulher como protagonista da sua própria saúde, das práticas de saúde, o que torna mais estimulante e educativo para o seu bem estar físico, psicológico e social (BENATTI; MIN, 2011). Por ser um evento desconhecido, as mulheres buscam informações em diversas fontes acerca de como parir. Desta forma, emergem, em seus pensamentos, crenças e mitos baseados no modelo biomédico apresentado a elas por estas várias fontes, como a mídia. A participação das telenovelas nos conceitos de que o parto normal é repleto de dor e desespero e a cesariana é uma experiência segura são apreendidas por muitas mulheres, principalmente, as que não são preparadas por profissionais sensibilizados por esta prática (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Observa-se que a educação em saúde não é realizada no pré-natal, ficando a mulher sob o domínio das decisões médicas. Não há espaço na consulta para o diálogo acerca das dúvidas que as mulheres possuem com o parto, pois os profissionais não estão abertos a este processo ou os aspectos burocráticos do pré-natal não permitem (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). No sistema público, onde existe um maior incentivo ou até mesmo imposição do parto normal, o diálogo no pré-natal encontra-se ainda mais comprometido e muitas mulheres vivenciam o parto normal de uma forma passiva, aceitando todas as intervenções propostas e tidas como verdades absolutas pelas mesmas, culminando em experiências desagradáveis e até mesmo traumáticas. Este fato ocorre continuamente e é cristalizado por gerações (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; BENATTI; MIN, 2011).

Uma revisão da Cochrane não encontrou evidências científicas sobre a educação em saúde no pré-natal para o parto (GAGNON; ANITA, 2013). Porém, o processo educativo no pré-natal é estimulado, conforme verificado em alguns estudos, apresentando uma medida essencial para a construção ativa da sua autonomia para o parto e nascimento (ZAMPIERI *et al*, 2010; BENATTI; MIN, 2011). Um estudo piloto sobre intervenção educativa, realizado na Austrália, apresentou um aumento do empoderamento dos seus partos, auxiliando nas decisões tomadas pela mulher quanto a este momento. O estudo ainda aponta uma necessidade de preparação dos profissionais de saúde neste contexto, já que estes profissionais são considerados um dos apoios destas mulheres para a prática do parto normal (FISHER *et al*, 2012).

No Chile, a aplicação de uma ação educativa à primíparas, seus parceiros e às doulas, evidenciou a redução do processo medicalizado no parto normal (SOTO *et al*, 2006). Outro estudo acerca de ações educativas desenvolvidas numa Casa de Parto no Rio de Janeiro demonstrou uma atitude positiva de autonomia das mulheres quanto à sua vivência no parto normal, havendo, em alguns casos, a quebra da cultura da medicalização do parto. Este estudo revela o profissional de saúde como “um agente potencial de mudança” e que, a partir de ações educativas, possibilitam discussões sobre “o senso comum e a ciência” (PROGIANTI; COSTA, 2012; MOSCOVICI, 2009).

O despreparo, como assinala alguns relatos de mulheres que experienciaram um parto de forma humanizada, compreende desde a assistência pré-natal quando emergiam inúmeras e variadas dúvidas, porém sem respostas do profissional de saúde que a assistia e, até mesmo, sem espaço para expor estas incertezas, preponderando a cultura da passividade de que existe na assistência à saúde da mulher (BENATTI; MIN, 2011; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Compreende-se que o preparo para o parto provém desde os cuidados familiares, transcorridos de geração em geração, os quais podem ser influenciados pela educação em saúde realizada na atenção primária, em especial, nos momentos de assistência à saúde de forma integral.

Portanto, verifica-se a importância do ambiente da atenção básica, a partir da consulta pré-natal como propício ao desenvolvimento de ações educativas que consistam em trabalhar a autonomia da mulher como protagonista do parto. Esta prática é sentida por vários discursos de mulheres que se empoderaram de seus partos, a partir da consciência na educação pré-natal do significado deste momento e de como podem vivenciá-los, desconstruindo os protocolos biomédicos existentes, com tantas intervenções desnecessárias (BENATTI; MIN, 2011).

Todo este contexto de respeito aos direitos humanos e físicos da mulher permite a construção de uma segurança diante do que ela irá vivenciar. Segurança, esta, tão necessária e apontada em vários estudos sobre expectativas acerca do parto (BENATTI; MIN, 2011; FENWICK *et al*, 2010; STOLL *et al*, 2009; MELCHIORI *et al*, 2009; BEZERRA; CARDOSO, 2006; PEREIRA *et al*, 2012). Compreende-se que todo o processo educativo envolve o ser educador e o ser educado numa “troca de saberes” transformando este momento em um processo construído pelos dois atores (SANTOS; PENA, 2009). Ou seja, este processo gera a elaboração de teorias do senso comum, construindo uma rede de significações acerca

de parto, de acordo com as classificações pré – existentes de ambos os sujeitos, levando às escolhas das gestantes por determinados posicionamentos diante do parto normal (MOSCOVICI, 2005; SANTOS e ALMEIDA, 2005).

Sendo assim, um dos enfoques importantes a serem trabalhados para o processo de promoção do parto normal é a atenção aos próprios profissionais de saúde, considerando-o como um ser com categorias pré-existentes as quais classificam o parto normal de acordo com suas experiências e informações compartilhadas em sua realidade pessoal e profissional.

Os profissionais de saúde não possuem adequado preparo para a assistência à parturição de forma a considerar não só os aspectos biológicos que este momento envolve, mas também os aspectos humanos, culturais e seus direitos. A insensibilidade às necessidades humanas está intensamente presente nas salas de parto, apesar da proposta do Programa de Humanização do Parto e Nascimento estar presente nas grades curriculares dos cursos de saúde, havendo poucos estudos que abordam o contexto da formação acadêmica para o parto (BUSANELLO, 2011). Melhorias na formação acadêmica dos profissionais de saúde são necessárias, no âmbito da assistência à mulher, por ainda haver uma grande utilização de medidas biomédicas que modificam o curso fisiológico deste processo. O despreparo destes alimenta um ciclo de atitudes invasivas e insensíveis, retirando da mulher o direito de escolha sobre seu parto (BENATTI; MIN, 2011; BUSANELLO *et al*, 2011).

Observando a formação dos profissionais de saúde para o parto normal, percebe-se uma tendência atual para o preparo dos acadêmicos à realidade de uma assistência humanizada, conforme aponta um estudo com estudantes de medicina, apresentando, em seus relatos, a visão da importância do acompanhante no parto, o interesse pelas necessidades apontadas pela parturiente, a liberdade de escolha quanto aos posicionamentos assumidos no momento do parto normal e a consciência da redução de intervenções desnecessárias e do trabalho multiprofissional (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2012).

Porém, os mesmos autores revelam a necessidade de compreender as concepções do processo de humanização do parto para as mulheres, os profissionais de saúde que assistem o parto e até mesmo os educadores universitários, a fim de propiciar uma reflexão acerca da motivação pessoal na arte de cuidar de uma forma humanizada, o qual reflete na assistência e, conseqüentemente, nas mulheres assistidas.

Relatos de mulheres sobre a escolha do parto revelam que existe um objetivo “sim” dos médicos ao escolherem a cesariana, concordando na realização deste procedimento por ser mais fácil para eles. Esta postura transmite uma segurança para as mulheres, já que a “verdade científica” está com o médico, que detém o poder sob este tipo de assistência (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; BENATTI; MIN, 2011; FOUCAULT, 2012). A partir desta reação, a maioria dos profissionais de saúde não tem intenção de estabelecer medidas educativas que problematizem as dúvidas e os medos das mulheres, sendo mais fácil utilizar medidas tecnológicas que reprimem e possibilitam a fuga da dor, perpetuando o parto normal como um evento bruto e anômalo, em contradição com a fisiologia do ser humano, distanciando a mulher da vivência real da maternagem (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Estudos qualitativos revelam que os profissionais compreendem que, para humanizar o parto, as mulheres precisam colaborar com seu trabalho, demonstrando uma relação de desigualdade de poder que permeia esta assistência, ou seja, a permanência de uma relação vertical entre profissional e parturiente (GRIBOSK; GUILHEM, 2006; SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010). A compreensão de cuidado integral ainda encontra-se fragmentado, refletindo na assistência à mulher, dificultando o trabalho em equipe e a implementação das propostas ofertadas pelos programas de saúde. Além disso, a assistência realizada pelo profissional de saúde, também sofre interferências do contexto de experiências pessoais que ele vivencia e dos conhecimentos adquiridos em sua vivência acadêmica, sendo importante a compreensão das suas construções diante de ações de saúde a fim de observar as influências no cuidado ofertado.

Além destes pontos analisados, existe uma incompreensão do ser que cuida, ou seja, um desconhecimento das concepções que o profissional possui acerca do parto e de como estas podem influenciar a prática da educação em saúde no pré-natal. Conhecer o cuidador poderá contribuir na obtenção de informações que auxiliem na redução das cesarianas (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

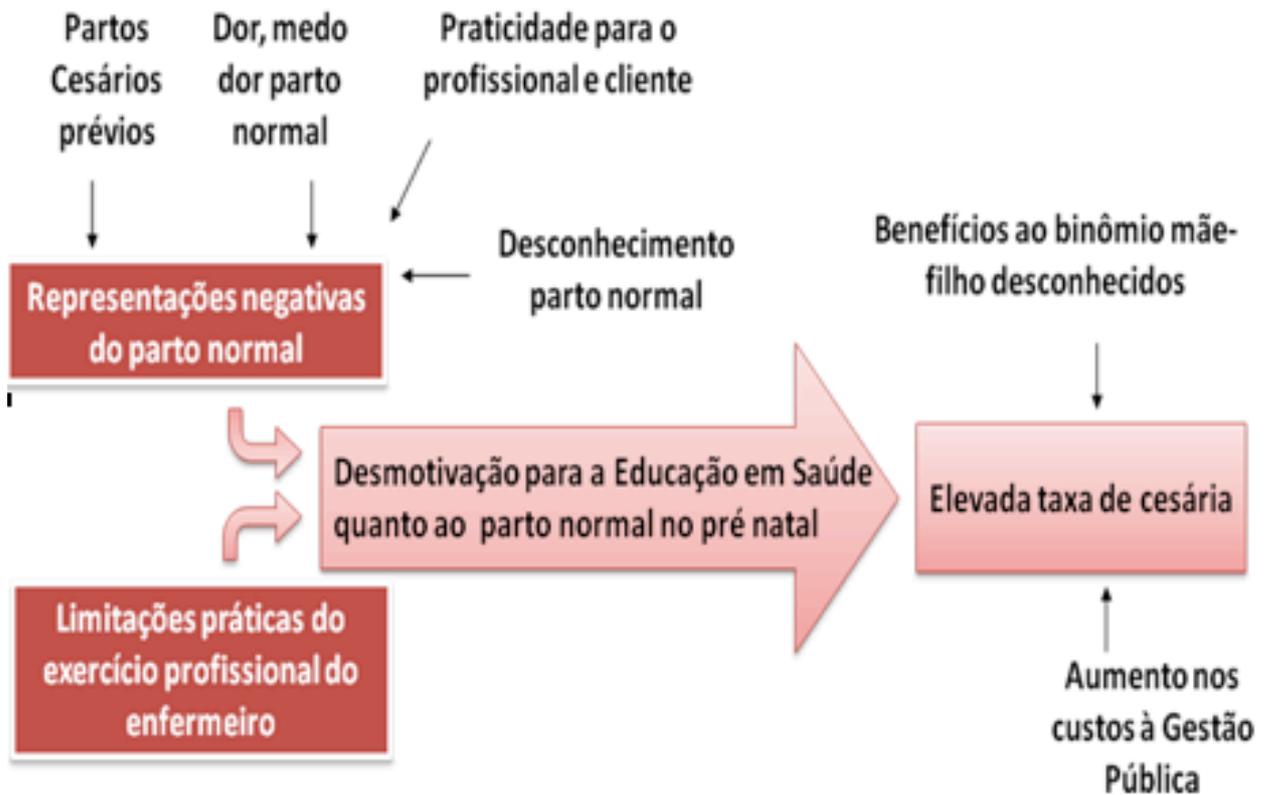


Figura 1. Modelo Teórico - Correlação das representações sociais dos profissionais de saúde para o parto e a influência na prática educativa

Percurso metodológico

3. CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo descreve o percurso metodológico dos artigos de revisão e original, intitulados: “Preferência pela via de parto: uma revisão sistemática da literatura” e “Representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre parto normal”.

3.1 Metodologia do primeiro artigo: “Preferência pela via de parto: uma revisão sistemática da literatura”

3.1.1 Escolha da abordagem

A escolha da abordagem segue os padrões do programa de pós graduação em Ciências da Saúde/ UFPE, com a necessidade da construção de uma revisão sistemática como parte das atividades do mestrado. A revisão sistemática da literatura, método de pesquisa que auxilia na prática assistencial baseada em evidências científicas, a partir de uma busca sistematizada de resultados sintetizados de forma criteriosa (ROTHER, 2007; GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004). Assim, foram aplicadas as seguintes etapas para a construção desta revisão: definição da pergunta da pesquisa, identificação dos estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta dos dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados. A etapa “aprimoramento e atualização dos dados” não foi utilizada nesta revisão por ser um procedimento a ser realizado após publicação dos estudos (ROTHER, 2007).

3.1.2 Etapas da Revisão Sistemática

1º Etapa – Definição da pergunta da pesquisa

Elaboração de uma pergunta bem formulada e clara a partir da instituição de um protocolo de pesquisa que auxilie na definição dos sujeitos, patologias ou intervenções a serem incluídos na revisão (ROTHER, 2007).

A construção de um protocolo do estudo permitiu emergir a seguinte pergunta condutora da pesquisa: Qual tem sido a preferência das mulheres quanto à via de parto?

2º Etapa – Identificação dos estudos

Neste momento, a busca deve ser realizada nas principais bases de dados existentes, a fim de selecionar estudos relevantes. As referências bibliográficas dos estudos que possuem boa evidência científica também deverão ser verificadas, assim como pode ser realizada busca manual em revistas que não estejam disponíveis nas bases de dados pesquisadas, solicitar estudos de especialistas ou utilização de anais de congressos. Ressalta-se que todos os procedimentos de busca deverão estar descritos no estudo (ROTHER, 2007).

Portanto, a busca dos estudos foi realizada em julho e agosto de 2012, pelas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe, em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) (Quadro 1).

Na MEDLINE, utilizando-se a ferramenta de busca PubMed, foi realizada uma estratégia de busca por meio dos seguintes descritores: “Patient preference” (MESH) OR “Health Knowledge, Attitudes, Practice” (MESH) AND “Parturition” (MESH). Na LiLACS foram utilizadas as palavras-chave: “preferência do paciente” (DeCS) e “parto”(DeCS).

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Recife, 2013.

Pareamento dos Descritores	Base de Dados	Encontrados	Excluídos pelo título	Excluídos pelo resumo	Selecionados
Preferência do paciente AND parto	LILACS	11	07	02	02
"Patient preference OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] AND Parturition"[Mesh]	MEDLINE	312	299	09	04

Uma busca manual, nas listas de referências dos estudos encontrados, também foi utilizada como estratégia complementar (ROTHER, 2007), sendo captados mais 05 estudos quantitativos, segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos.

Após busca, conduzida por dois pesquisadores independentes, com os cruzamentos dos descritores, foram encontrados 312 artigos a partir da base de dados MEDLINE, dentre os quais 308 foram excluídos resultando na seleção de 04 artigos. Na base de dados LILACS, 11 artigos foram encontrados, dos quais foram excluídos 09, restando 02 artigos selecionados para a revisão. Na busca manual realizada, 05 artigos foram selecionados. Um total de 11 artigos se enquadraram nesta revisão, por meio das bases de dados e busca manual supracitadas (FIGURA 2).

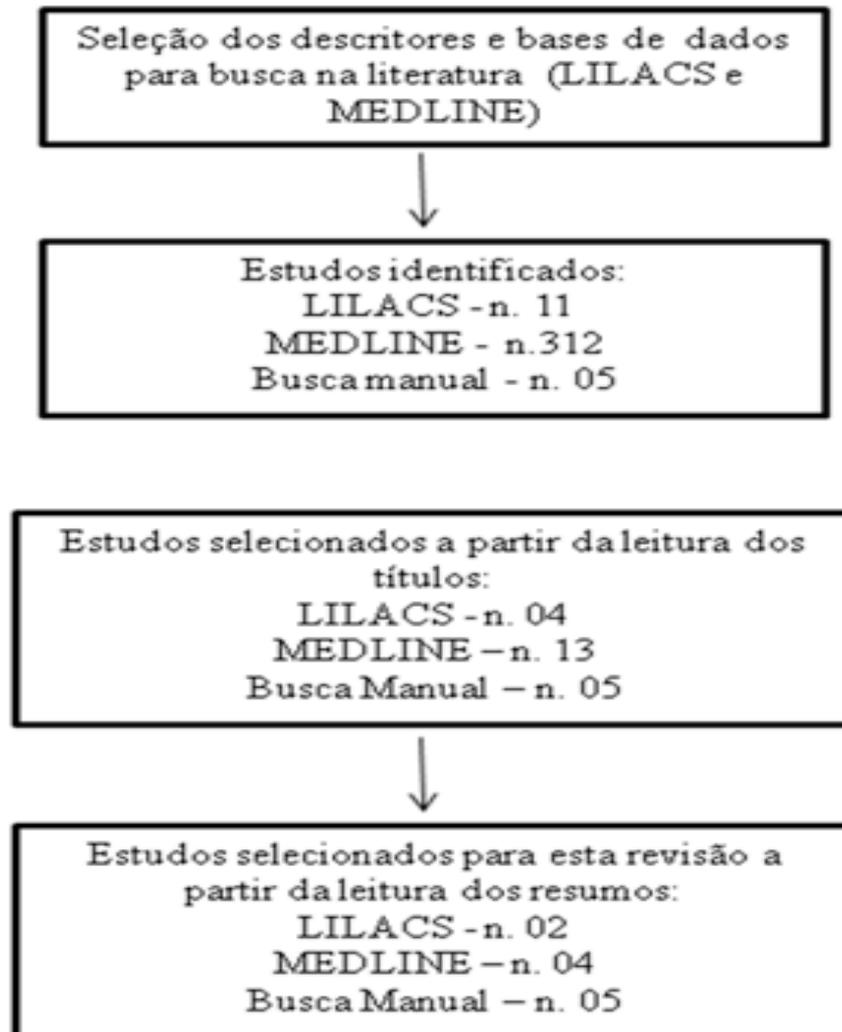


Figura 2. Fluxograma de seleção dos artigos

3º Etapa – Avaliação crítica dos estudos

Este processo determina a validade dos estudos, a partir da aplicação dos critérios de seleção predeterminados. Os estudos foram selecionados, inicialmente, pela leitura dos títulos encontrados. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos destes estudos e, por fim, os artigos foram lidos na íntegra para seleção daqueles que seriam incluídos na revisão, com a construção de quadros sinópticos com dados de cada pesquisa (ROTHER, 2007).

Os critérios de elegibilidade desta pesquisa foram determinados, sendo incluídos os estudos que trataram de escolha\preferência\desejo de mulheres por um tipo de parto. Foram

excluídos editoriais, estudos ou relatos de casos, revisão, comunicação, estudos qualitativos e ausência de resumos nas plataformas on line. A aplicação do Teste de Relevância e das recomendações STROBE (Importância da Descrição dos Estudos Observacionais em Epidemiologia / STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology), auxiliou no reconhecimento da qualidade dos artigos encontrados a serem analisados.

O teste de relevância é determinado pelo pesquisador no momento da construção do protocolo da pesquisa, sendo utilizado pelos dois pesquisadores independentes, no intuito de facilitar a identificação dos critérios de inclusão e exclusão de cada estudo (ANEXO A).

As recomendações STROBE surgem diante do grande número de estudos observacionais com necessidade de avaliação. Possuem 22 itens, com 18 itens comuns aos três delineamentos dos estudos observacionais e quatro itens específicos para cada delineamento (caso e controle, transversais, coorte) (COSTA *et al*, 2011) (ANEXO B). Após aplicação desta escala, observou-se que os 11 estudos selecionados seguem os itens determinados nestas recomendações.

Quanto ao nível de evidência dos estudos da revisão, observa-se um nível 4 na presente revisão, diante da existência de estudos descritivos. Esta classificação foi realizada a partir da compreensão das classificações, a saber: nível 1, evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados, controlados, bem delineados; nível 2, evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado, controlado, de delineamento apropriado e tamanho adequado; nível 3, evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado; nível 4, evidência de estudos bem delineados não experimentais ou estudos qualitativos; nível 5, evidências provenientes de relatos de caso ou experiência e nível 6: opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialista (ANEXO, C) (CEBM, 2009).

4º , 5º e 6º Passos – Coleta de Dados, Análise e Apresentação dos Dados e Interpretação dos Dados

As variáveis necessárias ao alcance do objetivo proposto são resgatadas a fim de possibilitar comparações entre estudos. Deve-se realizar um agrupamento daqueles estudos que se assemelham, podendo aplicar procedimentos estatísticos. Este procedimento permite a

aplicação de uma revisão sistemática com metanálise, esta última não utilizada na presente revisão (ROTHER, 2007). Assim, foi elaborado um quadro, reunindo informações (autor\ano; país e síntese dos principais resultados) a fim de possibilitar uma análise e comparação das pesquisas selecionadas.

Observam-se as evidências científicas e a força que elas podem possuir para que os resultados possam ser aplicados na prática (ROTHER, 2007). Portanto, após a análise e apresentação dos dados, pode-se verificar os principais resultados e o significado destes resultados para o cenário epidemiológico do parto na atualidade. A maioria dos estudos foram realizados no Brasil e uma maior preferência pelo parto normal foi encontrado.

3.2 Metodologia do segundo artigo: “Representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal”

3.2.1 A escolha da metodologia

O estudo foi do tipo descritivo exploratório com abordagem qualitativa por ser o método que se aplica ao estudo das representações sociais, assim como, da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2000).

Neves (1996) define a pesquisa qualitativa como sendo um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados.

Moscovici (2009) traduz a representação social como sendo um “conjunto de conceitos, afirmações, explicações dadas no cotidiano, que se configuram em uma teoria do senso comum”. Este método permite que o pesquisador compreenda as representações sociais dos sujeitos acerca do parto normal, a partir do resgate das falas.

3.2.2 Cenário de investigação e período da pesquisa

Como cenário para a pesquisa optou-se pelas Estratégias de Saúde da Família do município de Caruaru-PE-Brasil, ligadas à IV Gerencia Regional de Saúde - IV GERES, no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013.

O referido município conta com 44 unidades de Saúde da Família em zona urbana e rural. Para a referida pesquisa, foram utilizadas 16 Estratégias de Saúde da Família da zona urbana, porém só foram entrevistadas 12 enfermeiras das estratégias, pois em quatro estratégias as enfermeiras estavam de férias. Desta forma, foram entrevistadas 12 enfermeiras, seguindo os critérios de inclusão.

3.2.3 Participantes do estudo

Foi composta por enfermeiras das Estratégias de Saúde da Família responsáveis pelas atividades das unidades. A definição do número de participantes foi determinada pelo critério de saturação da amostra dos dados obtidos, totalizando 12 enfermeiras.

Por ser uma abordagem qualitativa, sentiu-se necessidade de um aprofundamento e amplo conhecimento da representação escolhida para a pesquisa, ao contrário de pesquisa quantitativa, a qual se preocupa com a representatividade numérica que possibilite generalizar os conceitos teóricos a serem testados. O critério de um estudo qualitativo, portanto, não é numérico (MINAYO, 2000).

Foi escolhido o critério de saturação da amostra, nesta pesquisa, por considerar a amostragem em número suficiente a partir da reincidência das informações, não desprezando informações cruciais aos resultados (MINAYO, 2000).

Os sujeitos foram informados dos objetivos e finalidades da pesquisa, a qual só foi iniciada quando assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Este procedimento foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO D) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e anuência da secretaria de saúde do município (ANEXO E).

3.2.4 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídas as enfermeiras que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família do município de Caruaru-PE-Brasil, com tempo de trabalho de 01 ano ou mais. Foram excluídas as Unidades de Saúde onde não exista o enfermeiro (transferência, demissão) ou enfermeiras em férias.

3.2.5 Etapas e método da coleta dos dados

As Estratégias de Saúde da Família (ESFs) foram visitadas previamente e as enfermeiras foram convidadas a colaborar com a pesquisa, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, não estruturadas. A pesquisadora levou ao local da pesquisa o documento com foto, aparelho de MP4, caneta, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cópias da anuência do município e carta de aprovação da pesquisa pelo CEP da UFPE.

Nos meses da coleta de dados, as visitas foram iniciadas após sorteio de cada estratégia, a partir da necessidade após verificação da saturação dos dados, portanto 12 Estratégias de Saúde foram sorteadas, diante da saturação dos dados. As unidades não são identificadas para salvaguardar a privacidade dos sujeitos.

Após esse procedimento, a responsável pela Unidade de Saúde foi informada dos objetivos e etapas do estudo sendo, em seguida, convidada a ler o TCLE, e após concordância, assiná-lo para aplicação da entrevista. Uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) norteada por um instrumento previamente elaborado e testado pelos autores foi realizada, estruturada da seguinte forma: a primeira parte do instrumento de coleta de dados contém questões que visam identificar os dados sociodemográficos e obstétricos dos sujeitos, no intuito de auxiliar na contextualização no momento da análise. A segunda parte contém a seguinte questão: “Fale-me sobre parto normal?”.

As entrevistas foram realizadas no próprio consultório de enfermagem, após término de suas atividades. Cada entrevista foi gravada em aparelho supracitado e as falas transcritas

na íntegra pelo pesquisador responsável. As transcrições e gravações estão arquivadas em HD externo e computador do pesquisador responsável durante um período de cinco anos em armário na sua residência situada no município do estudo, na Rua Pastor Rubens Prado, n 120, apt 601, Maurício de Nassau, e-mail: nayalelucinda@gmail.com, fone: (81) 9455 2492.

3.2.6 Análise dos dados

A análise do conteúdo na modalidade temática foi utilizada para análise das informações, por ser, segundo Bardin (2009), aplicável a qualquer comunicação, definindo-a como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

Assim, será possível efetuar deduções lógicas a partir das mensagens emitidas pelas entrevistadas no contexto em estudo, descobrindo-se o que está por trás das palavras emitidas (BARDIN, 2009). Por sua vez, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, a partir da aplicação da grelha de Bardin (APÊNDICE C), que favorecerão a captação da representação social das depoentes sobre o objeto em estudo, assim como a contextualização psicossocial que circunda esse objeto (BARDIN, 2009; MINAYO, 2000).

As falas foram transcritas na grelha de análise, procedendo-se a leitura flutuante das transcrições a fim de apreender o sentido global. Após este procedimento, uma leitura exaustiva das falas foi realizada para possibilitar a categorização, por meio da extração dos núcleos de sentido encontrados e destacados nas falas, sem perder de vista o contexto, obtendo-se os trechos das entrevistas que respondiam à questão (BARDIN, 2009).

A partir daí, as inferências foram realizadas categorizando os núcleos de sentido, inicialmente, em códigos (Confronto I) e depois em subcategorias (Confronto II) até obter as categorias temáticas (Confronto Final) (BARDIN, 2009).

As categorias temáticas originadas foram interpretadas à luz da teoria das representações sociais, a qual permite compreender o conhecimento produzido no senso comum (SANTOS e ALMEIDA, 2005). Esta Teoria busca compreender o fenômeno das representações sociais. É a construção de um conhecimento científico que visa compreender o conhecimento leigo (SANTOS e ALMEIDA, 2005; MYNAYO, 2000).

Segundo Moscovici (2009), existe uma ligação entre o sujeito e o objeto e informações deste objeto auxiliarão o sujeito a reconstituir o real, originando uma significação específica. Este processo permite ao sujeito compreender o objeto e agir sobre ele, auxiliando na adaptação à realidade que se encontra e definindo seu lugar, seu papel nessa realidade.

Para que exista a construção de representações sociais, dois processos fundamentais estão imbricados, que são a objetivação onde o que era desconhecido torna-se familiar e a ancoragem, que insere o objeto num sistema de pensamentos preexistentes no sujeito e que apoia o que está se conhecendo, ou seja, associa ao objeto uma rede de significações atribuindo um sentido ao mesmo (SANTOS e ALMEIDA, 2005). Esta teoria da Psicologia Social possui a proposta básica de compreender o processo de construção social da realidade (SANTOS e ALMEIDA, 2005).

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A coleta de dados foi realizada após a obtenção da anuência do município para a sua aplicação e aprovação pelo CEP da Universidade Federal de Pernambuco, sob o parecer nº 94.806, de acordo com os requisitos da Resolução CNS 196/96 que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. A partir disso, foram lidas as informações aos sujeitos da pesquisa quanto aos objetivos do estudo, a partir da apresentação e leitura do TCLE.

O estudo não envolveu nenhum tipo de intervenção ou procedimento invasivo, representando, portanto, um risco mínimo aos envolvidos na pesquisa. Os riscos relacionados com a participação são relacionados à constrangimentos, previsto na Resolução 196/96 art.11.8. Este risco foi minimizado com a garantia do sigilo da identificação do profissional, a

partir da utilização da letra “E” enumerada, assim como com a garantia da privacidade no momento da entrevista, sendo realizada em seu consultório, sem ruídos e interrupções.

Os benefícios relacionados à pesquisa poderão servir de subsídio para auxiliar os profissionais de saúde na promoção e apoio ao parto normal, assim como permitirá a elaboração de um plano de educação permanente ao município, na temática estudada.

Resultados

4. CAPÍTULO III– RESULTADOS

Nesse capítulo são descritos os dois artigos, o de revisão intitulado “Preferência pela via de parto: uma revisão sistemática da literatura” e o artigo original intitulado por “Representações Sociais das enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal”. O artigo de revisão foi estruturado segundo as normas da revista *Cogitare Enfermagem* (Anexo E), enquanto o artigo original foi formatado de acordo com a norma da *Revista Latino Americana de Enfermagem* (Anexo F).

4.1 ARTIGO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

PREFERÊNCIA PELA VIA DE PARTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Nayale Lucinda Andrade Albuquerque¹, Mariana Lopes Santos², Simone Cristina Soares Brandão³, Ladjane do Carmo de A. Araújo⁴

¹Enfermeira Obstétrica. Mestranda em Ciências da Saúde/UFPE. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade ASCES/Caruaru-PE.

² Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade ASCES /Caruaru-PE.

³ Médica Cardiologista. Mestre em Medicina Interna/UFPE. Doutora em Cardiologia pela Universidade de São Paulo. Chefe do Serviço de Medicina Nuclear do Hospital das Clínicas/UFPE. Docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde do CCS UFPE.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE.

Revisão Sistemática

Rua Pastor Rubens Prado, nº 120, apto 601. Maurício de Nassau, Caruaru-PE. CEP: 50.711-120. E-mail: nayalelucinda@gmail.com

PREFERÊNCIA PELA VIA DE PARTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências científicas acerca da preferência das mulheres pela via de parto. Método: Revisão sistemática da literatura, nas bases de dados LILACS e MEDLINE utilizando as palavras chave da língua inglesa, Patient preference, Health Knowledge, Attitudes, Practice e Parturition e da língua portuguesa, parto e preferência do paciente, além da busca manual nas referências dos artigos selecionados. Resultados: As publicações ocorreram no Brasil, na Ásia, na Itália, no Canadá, na República de Gana, na cidade de Isra, nos USA e República Islâmica do Iran entre os anos de 2001 e 2012. A preferência pelo parto normal esteve presente em 09, dos 11 estudos. Conclusão: A preferência pelo parto normal encontra-se descrita na maioria dos estudos, indicando a existência de um desejo, mas não de uma decisão das mulheres pelo parto normal, já que as taxas de cesarianas encontram-se em constante crescimento.

Palavras- chave: preferência do paciente, Cesárea, Parto Normal.

INTRODUÇÃO

A modernização da cesariana, a partir de 1950, permitiu maior segurança a este procedimento sendo a responsável pela sua ampla difusão pelo mundo ⁽¹⁻²⁾. O cenário atual apresenta altas taxas do parto cesáreo, conforme evidenciado nas pesquisas globais realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) onde foi encontrada uma taxa média de cesarianas de 33% na América Latina, 30,5% nos Estados Unidos e um aumento no número destes partos em diversos países da Ásia e da Europa ⁽³⁻⁴⁾.

No Brasil, esta taxa cresceu para 52%, chegando a 82% na rede privada e 37% na rede pública, ultrapassando a recomendação da OMS que orientam uma média de 10 a 15% destes partos ⁽⁵⁻⁶⁾. Observa-se uma associação da cesariana sem indicação médica com aumento de graves riscos à saúde da mulher, acentuando o risco de morte, risco de internação em UTI, transfusão de sangue e histerectomia ⁽⁷⁾.

Fatores diversos estão envolvidos no crescimento deste procedimento, como ocorrência de uma cesariana prévia, internação hospitalar precoce, uso de ocitocina em dilatações abaixo de 4cm, taxa de cesária do obstetra, deficiência na educação em saúde no pré natal, idade materna avançada, maior escolaridade ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Ressalta-se, ainda, que a escolha pelo parto cesariano tem sido frequente entre as mulheres no Brasil, criando uma cultura deste procedimento pautado na realidade da assistência obstétrica com questionamentos acerca da sua qualidade e da preparação de todos os envolvidos com o nascimento ⁽¹¹⁾.

A partir da compreensão do cenário mundial quanto à distribuição dos partos e das consequências à saúde materno infantil, levantar as evidências científicas quanto às preferências pela via de parto auxilia no reconhecimento de lacunas da assistência e poderá proporcionar novas práticas na promoção do parto ideal para cada mulher. Portanto, este estudo visa analisar as evidências científicas acerca da preferência das mulheres pela via de parto.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, método de pesquisa que auxilia na prática assistencial baseada em evidências científicas, a partir de uma busca sistematizada de resultados sintetizados de forma criteriosa. Assim, foram aplicadas as seguintes etapas para a construção desta revisão: construção do protocolo do estudo, elaboração da pergunta condutora, busca dos estudos, seleção dos estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta dos dados e síntese dos dados ⁽¹²⁾. A questão norteadora foi: Qual tem sido a preferência das mulheres quanto à via de parto?

A busca dos estudos foi realizada em julho e agosto de 2012, pelas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe, em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Na MEDLINE, utilizando-se a ferramenta de busca PubMed, foi realizada uma estratégia de busca por meio dos seguintes descritores: “Patient preference” (MESH) OR “Health Knowledge, Attitudes, Practice” (MESH) AND “Parturition” (MESH). Na LILACS foram utilizadas as palavras-chave: “preferência do paciente” (DeCS) e “parto”(DeCS).

Uma busca manual nas listas de referências dos estudos encontrados também foi utilizada como estratégia complementar, sendo captados mais 05 estudos quantitativos segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos. Foram critérios para inclusão dos artigos: tratar de escolha\preferência\desejo de mulheres por um tipo de parto. Foram excluídos editoriais, estudos ou relatos de casos, revisão, comunicação, estudos qualitativos e ausência de resumos nas plataformas on line.

Após busca, conduzida por dois pesquisadores independentes, com os cruzamentos dos descritores e investigação das referências, foram encontrados 326 artigos, dentre os quais 320 foram excluídos resultando em 06 artigos. Portanto, encerrando em um total de 11 artigos selecionados em bases de dados e manualmente.

Os estudos foram selecionados, inicialmente, pela leitura dos títulos encontrados. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos destes estudos e, por fim, os artigos foram lidos na íntegra para seleção daqueles que seriam incluídos na revisão.

RESULTADOS

Na presente pesquisa, foram analisados 11 artigos selecionados a partir dos critérios de inclusão estabelecidos e dos procedimentos de busca determinados. Os resultados observados após análise dos 11 artigos incluídos na revisão estão descritos na Tabela 1.

O maior número de publicações (04) ocorreu no Brasil entre os anos de 2001 e 2009. Os outros estudos foram realizados na Ásia, na Itália, no Canadá, na República de Gana , na cidade de Isra , nos USA e República Islâmica do Iran entre os anos de 2003 e 2012. Dentre os sujeitos do estudo, foram encontradas gestantes, puérperas e universitárias. Quanto ao

idioma, 08 publicações estavam em inglês e 03 em português. Outrossim, a preferência pelo parto normal esteve presente em 09, dos 11 estudos.

QUADRO 1 – Preferência pela via de parto entre mulheres. Recife, 2013.

Autor/Ano	País	Síntese dos principais resultados
Potter <i>et al</i> ¹³	Brasil	Nos dois tipos de hospitais (público e privado) foi encontrado uma maior preferência das mulheres pelo parto vaginal
Chong ES, Mongelli M ¹⁴	Ásia	A maioria das mulheres asiáticas prefere o parto vaginal.
Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S ¹⁵	Itália	93% das mulheres que tiveram parto vaginal estavam satisfeitos com esta via de parto e 73% das mulheres que se submeteram a uma cesariana possuem preferência pelo parto vaginal.
Faúndes <i>et al</i> ¹⁶	Brasil	Nos dois tipos de hospital (hospitais de intervenção e de controle), a grande maioria das mulheres declarou preferir o parto vaginal à cesárea. Essa preferência foi significativamente maior entre as entrevistadas que já haviam experimentado as duas formas de parto (cerca de 90% nos dois tipos de hospital), comparadas às que haviam tido só cesáreas (72,8% nos hospitais de intervenção e 77,8% nos de controle).
Faisal-Cury, Menezes ¹⁷	Brasil	42,9% das gestantes referiam preferir cesariana, enquanto 57,1% desejavam tentar parto normal.
Mandarino <i>et al</i> ¹⁸	Brasil	79,1% das gestantes da maternidade pública ($p < 0,0001$) preferiram o parto normal, enquanto que na maternidade privada, 67,4% das gestantes ($p < 0,0001$) possuem preferência pelo parto cesariano.
Stoll <i>et al</i> ¹⁹	Canadá	A maioria das mulheres possui preferência pelo parto vaginal.
Danso <i>et al</i> ²⁰	República de Gana, África	Das mulheres ganenses, 55% possuem preferência pelo parto vaginal.
Nisar N, Sohoo NA, Memon A ²¹	Isra, Paquistão	68,1% das mulheres preferem o parto vaginal.

Pevzner <i>et al</i> ²²	Califórnia, USA	A maioria das mulheres possui preferência pelo parto vaginal.
ChoobMasjedi <i>et al</i> ²³	Tehran, República Islâmica do Iran.	Preferência materna por cesariana foi significativamente maior em mulheres no hospital privado.

DISCUSSÃO

Os resultados dos estudos identificados demonstram uma maior publicação no Brasil entre os anos de 2001 a 2009, como também na Ásia, na Itália, no Canadá, na República de Gana , na cidade de Isra , nos USA e República Islâmica do Iran entre os anos de 2003 e 2012.

Cabe destacar, neste momento, que a partir de uma preocupação com as altas taxas de mortalidade materna e perinatal na década de 70, houve mudanças na área obstétrica com o surgimento da operação cesariana a fim de tornar seguro os partos de alto risco. Este procedimento apresentou um crescimento exacerbado em todo o mundo, envolvendo os países da América Latina, países europeus, Estados Unidos e países asiáticos, culminando em uma preocupação quanto aos riscos que o mesmo contém ao binômio mãe e filho, quando aplicada de forma desnecessária^(1,3-4,8, 24).

Portanto, estratégias começam a ser desenvolvidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000 tendo como uma das metas a redução da morte materna e infantil, e consequente redução das cesarianas em todo o mundo⁽²⁵⁾. A Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada e trabalhada desde 1983, e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) lançado no ano 2000, surge no Brasil visando uma assistência ao parto de forma mais humanizada e uma redução no alto índice de cesarianas⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Neste contexto, estas ações oriundas dos indicadores maternos e neonatais e de uma preocupação global de estudiosos com este procedimento crescente, as pesquisas voltadas para uma melhor compreensão desta problemática ganham força, promovendo uma análise desta situação por diversos ângulos.

Dentre os fatores correlacionados ao aumento do parto cesáreo está a história de abuso sexual na infância, o medo do parto normal, medo da dor, possibilidade de laqueadura tubária, estando mais inclinadas a realização deste procedimento as mulheres com melhor escolaridade, melhor renda familiar e idade materna avançada ^(13, 17-18, 28-30).

Ressalta-se, ainda, que a escolha pelo parto cesariano tem sido frequente entre as mulheres no Brasil, criando uma cultura deste procedimento pautado na realidade da assistência obstétrica com questionamentos acerca da sua qualidade e da preparação de todos os envolvidos com o nascimento ⁽¹¹⁾.

A “cesariana a pedido” da mulher é citada, portanto, como importante causa que impulsiona a prática desta cirurgia. ^(16, 31). Contudo, destaca-se a importância de investigar os relatos das próprias mulheres envolvidas neste processo e não apenas os relatos médicos acerca desta problemática. Assim, estudos quantitativos e qualitativos acerca da preferência das mulheres pelo parto emergem como necessidade constante de redução das taxas de parto cesariano, que se mantém elevadas.

Dentre às preferências pelo parto, a presente revisão identificou nove artigos apontando uma preferência pelo parto normal. Um (01) estudo identificou a preferência pelo parto cesariano entre mulheres assistidas em maternidade privada e pelo parto normal entre as mulheres de maternidade pública. O estudo realizado na República Islâmica do Irã apresenta uma preferência das mulheres pelo parto cesariano.

O desejo pelo parto normal indica um contra censo diante das afirmações de que as mulheres de melhor classe econômica e escolaridade preferem o parto cesariano, pois existe, também, uma maior preferência das mulheres de hospitais privados e públicos pelo parto vaginal ⁽¹³⁾.

Estudo qualitativo realizado na Austrália demonstra uma preferência pelo parto normal por este ser mais natural e melhor para o bebê e que possui significado importante na vivência de forma plena da sua feminilidade ⁽³²⁾.

Contudo, mesmo havendo um desejo pelo parto normal, as taxas globais apontam para uma escolha divergente do parto a ser vivenciado. O fato de preferir um tipo de parto e escolher outro perpassa questões subjetivas, intrínsecas no contexto social feminino, que

necessitam ser compreendidas. No Canadá, a influência de histórias pregressas de partos reforça a escolha pela cesariana, como demonstrado em crenças e conhecimentos negativos do parto normal encontradas em histórias de amigos e parentes, como também transmitidas por informações médicas ⁽³³⁾.

A opção por uma cesariana, por vezes, é interligada a dor do parto normal o qual possui uma imagem de que este era realizado por uma sociedade primitiva, não sendo uma escolha moderna. A escolha por uma cesariana causa uma imediata aceitação médica sendo constatada que o parto normal é uma “etapa dolorosa desnecessária” ⁽³⁴⁾.

O “pedido pela cesariana” seria justificado por razões diversas, destacando-se o medo da dor do parto ⁽²⁹⁾. Medo, este, repassado pelo contexto biopsicossocial, a partir de histórias informais e informações médicas ⁽³³⁾. Compreende-se que o mesmo é permeado por influências lançadas a partir do cuidado obstétrico ofertado às mulheres nos últimos anos, com intervenções que não respondem às evidências científicas apresentadas pela OMS para uma adequada e humanizada assistência ao parto ⁽³⁵⁾. Portanto, estas práticas encerram em sedimentação do poder médico, favorecendo a cesariana ⁽³⁶⁾.

CONCLUSÃO

A preferência pelo tipo de parto é um objeto de pesquisa importante no cenário mundial atual. Os resultados demonstram um maior desenvolvimento de estudos a partir do ano 2000, após lançamento pela ONU das oito metas de desenvolvimento do milênio, com objetivos que permeiam a saúde materno infantil e, conseqüentemente, a redução do parto cesáreo. No Brasil, os estudos foram incentivados pelo desenvolvimento da PNAISM e do PHPN, que inserem ações voltadas para a humanização da assistência ao parto, no intuito de reduzir os procedimentos obstétricos desnecessários.

A preferência pelo parto normal encontra-se descrita na maioria dos estudos, indicando a existência de um desejo, mas não de uma decisão das mulheres, já que as taxas de cesarianas encontram-se em constante crescimento. Esta constatação indica uma errônea generalização por alguns autores de que as mulheres solicitam as cesarianas a partir do seu

desejo, o que não corresponde à realidade. Estudos qualitativos esclarecem que de uma escolha à tomada de decisão, existem variadas influências que permitem esta contradição.

É reconhecida a constante investigação por parte dos pesquisadores, por haver uma necessidade de estudos com maior nível de evidência que permitam esclarecer os contrasensos encontrados e a aplicação de estratégias que impactem a realidade social. Observa-se, também a importância dos estudos qualitativos em saúde na compreensão histórica, social, política e cultural que envolve este alto índice de partos cesarianos no mundo.

Por fim, no campo formativo, há uma necessidade de reavaliação na disposição dos currículos das universidades e na educação permanente por permanecerem imbricados os aspectos biomédicos que favorecem a retroalimentação desta problemática mundial.

REFERÊNCIAS

1. Odent MA. Cesariana. 1. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2004.
2. Neme B. Parto: Considerações Gerais. In: Obstetrícia Básica. 3ª edição. São Paulo: Sarvier, 2005. p. 1379.
3. Lumbiganon P *et al.* Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *The Lancet*. 2010 Fev v. 375, n. 9713, p. 490 -99.
4. Villar J *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*. 2006 Ago v.367, n.9525, p. 1819.
5. Brasil, Portal da Saúde. Brasil registra aumento no número de cesáreas. Acesso em 2011 Dez 15. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3349/162/brasil-registra-aumento-no-numero-de-cesareas.html>>.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Pesquisa Saúde Brasil 2010. Acesso em 2012 Abr 25. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33908

7. Souza JP. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*. 2010 Geneva, vol.8, n.71.
8. Zhang J *et al.* Contemporary Cesarean Delivery Practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Oct, Bethesda, v.203, n.4, p.326.
9. Sakae TM, Freitas PF, d'ORSI E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43 (3): 472-80.
10. Pádua *et al.* Fatores associados à realização de cesarianas em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(1):70-9.
11. Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000;356:1677-80.
12. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-junho; 12(3):549-56.
13. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IGHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR *et al.* Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001;323(7322):1155-8.
14. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003 Feb;80(2):189-94.
15. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*. 2003 Jun;30(2):89-93.
16. Faundes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 4, Aug. 2004.
17. Faisal Cury A, Menezes PR. Fatores associados a preferência por cesariana. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (2): 226-32.
18. Mandarinó NR *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, , jul. 2009, vol.25, n.7, p.1587-1596.

19. Stoll K *et al.* "It's all the rage these days": University students' attitudes toward vaginal and cesarean birth. *Birth*. 2009 Jun;36(2):133-40.
20. Danso KA, Schwandt HM, Turpin CA, Seffah JD, Samba A, Hindin MJ. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana Medical Journal*. 2009 March; 43 (1): 29 – 33.
21. Nisar N, Sohoo NA, Memon A. Knowledge, Attitude and Preferences of Pregnant Women towards Modes of Delivery. *JLUMHS*. 2009 SEPT-DEC; 8 (3): 228-33.
22. Pevzner L, Preslicka C, Bush MC, Chan K. Women's attitudes regarding mode of delivery and cesarean delivery on maternal request. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Jul;24(7):894-9.
23. ChoobMasjedi SG, Hasani J, Khorsandi M, Ghobadzadeh M. Cognitive factors related to childbirth and their effect on women's delivery preference: a comparison between a private and public hospital in Tehran. *East Mediterr Health J*. 2012 Nov;18(11):1127-33.
24. Shah A *et al.* Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009 dez; Geneva, v.107, n.3, p.197-197.
25. ONU, Organização das Nações Unidas. Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio 2010. Editora IED, Instituto de Estudos para o desenvolvimento. 2010 Ago. Acesso em: 30 nov 2012. Disponível em: <<http://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>>.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000.
28. Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol* 2011 Jan. Scand; 90(1): 33-40.

29. Melchiori LE *et al.* Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Interação em Psicologia*, Curitiba, jan-jun. 2009; vol.13, n.1, p. 13-23.
30. Chu KH *et al.* Women's preference for cesarean delivery and differences between Taiwanese women undergoing different modes of delivery. *BMC Health Services Research*, Taiwan, set-mai. 2010; vol. 10, n. 138.
31. Barbosa GP *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, Dec. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20030006000006&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2013.
32. McGrath P, Phillips E, Vaughan G. Vaginal birth after Caesarean risk decision-making: Australian findings on the mothers' perspective. *Int J Nurs Pract*. 2010 Jun;16(3):274-81.
33. Munro S; Kornelsen J; Hutton E. Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Vancouver, set-out. 2009; vol.54, n.5.
34. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011; 61: 3: 376-388.
35. Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth*. 2007 Dec;34(4):331-40.
36. Foucault M. *Microfísica do poder*. 25ª edição. São Paulo: GRAAL Editora. 2012. p.432.

4.2 ARTIGO ORIGINAL

Representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre o parto normal¹

Social representations of primary care nurses about childbirth

Representaciones sociales de las enfermeras de atención primaria sobre el parto

Nayale Lucinda Andrade Albuquerque²

Simone Cristina Soares Brandão³

Ladjane do Carmo de A. Araújo⁴

¹Artigo extraído a partir da dissertação de mestrado em Ciências da Saúde/ Centro de Ciências da Saúde/ UFPE

² Enfermeira Obstétrica. Mestranda em Ciências da Saúde/ CCS /UFPE , Recife-PE, Brasil. Rua Pastor Rubens Prado, nº 120, apto 601. Maurício de Nassau, Caruaru-PE. CEP: 50.711-120. E-mail: nayalelucinda@gmail.com

³ Médica. Chefe do Serviço de Medicina Nuclear do Hospital das Clínicas da UFPE. Doutora em Cardiologia pela Universidade de São Paulo.

⁴ Enfermeira. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.

RESUMO

Objetivo: Identificar as representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre parto normal. Métodos: Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado no ano de 2012, em Caruaru/PE, nordeste do Brasil. Participaram do estudo 12 enfermeiras, responsáveis por Equipes de Saúde da Família e que tinham mais de 01 ano de experiência na atenção básica. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, guiada pela questão: *Fale-me sobre parto normal*. As falas foram submetidas à análise de conteúdo temática proposta por Bardin e interpretadas à luz dos constructos da Teoria das Representações Sociais. Resultados: A partir da análise das falas, emergiram quatro categorias temáticas: Lei da vida, Desejo e negação do

parto normal, Insegurança, Imposição para mulheres de baixa renda. Conclusão: as representações que emergiram das falas das enfermeiras apresentam o parto normal como um evento natural, permeado pelo auxílio divino, trazendo o desejo em vivenciá-lo. Entretanto, este fato não é suficiente para que haja uma escolha por este tipo de parto, devido a outros fatores como a insegurança presente em diferentes momentos e aspectos, bem como a compreensão de que o parto normal é imposto nos serviços públicos de saúde.

Descritores: Parto Normal. Pesquisa Qualitativa. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the social representations of primary care nurses about childbirth. Methods: A descriptive, exploratory, conducted in 2012, in Caruaru / PE, Northeastern Brazil. Study participants were 12 nurses, responsible for Family Health Teams and had over 01 years experience in primary care. Interviews were semi-structured, guided by the question: *Tell me about natural childbirth*. The speeches were subjected to thematic content analysis proposed by Bardin and interpreted in the light of the constructs of the Theory of Social Representations. Results: From the analysis of speech revealed four thematic categories: Law of life, desire and denial of normal birth, Insecurity, levy for low-income women. Conclusion: the representations that emerged from the nurses' speech have normal birth as a natural event, permeated by divine aid, bringing the desire to experience it. However, this fact is not enough for there to be a choice for this type of delivery due to other factors such as the uncertainty present in different moments and aspects, as well as understanding that normal birth is imposed in public health.

Descriptors: Normal Birth. Qualitative Research. Nursing. Primary Health Care in Health Education

RESUMEN

Objetivo: identificar las representaciones sociales de las enfermeras de atención primaria sobre el parto. Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio, realizado en 2012, en Caruaru /

PE, Noreste de Brasil. Los participantes del estudio fueron 12 enfermeras, responsables de equipos de salud familiar y tenía más de 01 años de experiencia en la atención primaria. Las entrevistas fueron semi-estructurado, guiado por la question: *háblame de parto natural*. Las falas fueron sometidas al análisis de contenido temático propuesto por Bardin e interpretado a la luz de las construcciones de la Teoría de las Representaciones Sociales. Resultados: En el análisis del discurso reveló cuatro categorías temáticas: la ley de la vida, el deseo y la negación de nacimiento normal, la inseguridad, gravamen para las mujeres de bajos ingresos. Conclusión: las representaciones que surgieron del discurso de las enfermeras tienen parto normal como un acontecimiento natural, impregnado por la ayuda divina, con lo que el deseo de experimentar. Sin embargo, este hecho no es suficiente para que haya una elección de este tipo de entrega debido a otros factores como la incertidumbre presente en diferentes momentos y aspectos, así como la comprensión de que el parto normal se impone en materia de salud pública.

Descriptores: parto normal. Investigación Cualitativa. Enfermería. Atención Primaria de Salud en Educación para la Salud

Introdução

O cenário mundial apresenta um crescente aumento no número de partos cesarianos, com conseqüências para a morbimortalidade materno infantil ⁽¹⁾. A possibilidade de reduzir o sofrimento do parto pode levar as mulheres a escolherem a cesariana, mesmo quando os estudos mostram uma maior preferência pelo parto normal ^(2,3). Uma assistência desumanizada no parto pode originar informações negativas que são transmitidas entre as gerações, originando representações sociais ^(4,5).

Compreende-se que todo o processo educativo envolve o ser educador e o ser educado numa “troca de saberes” transformando este momento em um processo construído pelos dois atores ⁽⁶⁾. Portanto, o profissional de saúde é considerado “um agente potencial de mudança” que, a partir de ações educativas, possibilitam discussões sobre “o senso comum e a ciência” ^(5,7). Este processo gera a elaboração de teorias do senso comum, construindo uma rede de significações acerca de parto, de acordo com as classificações pré – existentes de ambos os

sujeitos, levando às escolhas das gestantes por determinados posicionamentos diante do parto normal ^(5,8).

As representações sociais do parto normal do profissional enfermeiro, um dos protagonistas da assistência à saúde da mulher na atenção básica, são importante objeto de estudo, a partir do entendimento que estes profissionais constroem conhecimentos nas realidades em que vivem. A identificação das representações sociais das enfermeiras da atenção básica acerca do parto normal pode colaborar na compreensão de sua prática profissional, visualizando as possibilidades de promoção da educação para o parto.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, embasado na teoria das representações sociais (TRS). Esta teoria remete-se ao conhecimento do senso comum que se encontra compartilhado, servindo de referencial a respeito de um determinado objeto. Estudar o senso comum permite compreender as práticas sociais, justificando determinadas atitudes e comportamentos, explicando a realidade social ^(5,9).

O estudo foi realizado com as enfermeiras das estratégias de saúde da família do município de Caruaru-PE. Entrevistou-se 12 enfermeiras com tempo de trabalho de 01 ano ou mais em unidades de saúde, no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013. O número de participantes foi determinado pelo critério de saturação da amostra.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, gravada e orientada por um roteiro temático, após aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, em sala que permitisse conforto e privacidade às participantes. As gravações foram transcritas de forma integral, sendo todas as entrevistas submetidas à técnica de análise de conteúdo, na categoria temática ⁽¹⁰⁾.

O estudo obteve a anuência do município para a sua aplicação e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o protocolo nº 94 806, de acordo com os requisitos da Resolução CNS 196/96 que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

As enfermeiras possuíam idade entre 25 e 57 anos, sendo 07 delas com 1 a 3 anos de trabalho em estratégia de saúde da família (ESF), 01 com experiência de 06 anos e 04 com experiência de 11 a 16 anos de trabalho. Dentre as especialidades, 02 eram especialistas em saúde da mulher e 01 enfermeira estava com esta especialização em andamento. Quando à paridade, 08 enfermeiras possuíam filhos, sendo verificado que 05 enfermeiras vivenciaram o parto cesariano, 01 vivenciou o parto normal, 02 experienciaram os dois tipos de parto e 04 eram nulíparas.

Após a análise temática das doze entrevistas, emergiram as seguintes categorias: Lei da vida; Desejo e negação do parto normal; Insegurança; Imposição para mulheres de baixa renda.

Tema 1 – Lei da vida

As falas revelaram uma representação do parto normal como um momento divino que gera força e superação no período expulsivo. É um momento repleto de religiosidade, existindo a crença de que uma força superior auxilia a mulher que o vivencia ⁽⁴⁾.

... a gente encontra uma força sobrenatural, uma força que vem de Deus ... aquela força que a gente consegue na hora ... botar aquele filho pra fora ... Deus dá aquela força à gente. (E3)

As enfermeiras ainda referem ser, este tipo de parto, um momento natural onde a mulher nasceu pronta para esta missão. Esta representação é compartilhada nas comunicações sociais e são repassadas como herança social ^(5,11).

... eu imagino que é assim, a naturalidade ... é a ordem natural das coisas. (E1)

Tema 2 - Desejo e negação do parto normal

O desejo pelo parto normal foi relatado como um sonho regado pelas informações resgatadas no senso comum. Além desta representação, esse parto significa a vivência plena da sua feminilidade ^(11,12).

... meu sonho era que fosse parto normal ... desejo de ter o filho normal ... (E11)

... você se sente realizada, você se sente mulher, você se sente mãe, vem todos aqueles sentimentos sobre a sua mãe ... e esse sentimento é quando você se sente realizada, completada, não é... é quando você tem seu filho. A sensação de ter normal é isso aí ... (E9)

Convém ressaltar a ligação deste desejo com os benefícios do parto normal, sempre lembrados pelas entrevistadas, emergindo uma representação deste parto como prática saudável ⁽³⁾.

... você se sente bem no pós parto ... (E2)

... a recuperação pra mulher é bem mais rápida ... (E4)

Em contrapartida, um dos relatos apresentou a negação do mesmo. Esta contradição é visualizada ao observar o elevado índice de partos cesarianos, apesar da preferência pelo parto normal ^(1,3).

... Eu não faria... eu não faria. (E7)

A compreensão da negação do parto normal por gestantes atendidas pelas enfermeiras também foi citada, permitindo visualizar a influência dos conhecimentos partilhados no senso comum nas classificações dadas ao objeto em foco: o parto normal ⁽⁸⁾.

... nenhuma mulher... quando ela engravida a última coisa que ela quer é um parto normal (E10)

A contradição entre o que se pensa e o que se faz, revela que o comportamento é determinado por múltiplos fatores imbricados na realidade social, gerando condutas ⁽⁵⁾. Compreender as representações do parto normal permite analisar como este pensamento é construído, levando a atitudes que geralmente são influenciáveis no meio social ⁽⁸⁾.

Um sentimento ambíguo de desejo e receio diante de uma escolha pelo parto normal também é revelado nas falas quando as mesmas perguntam-se o “por que não querer um parto normal”.

... se as nossas mães, avós, bisavós, tataravós, tiveram parto normal, por que não a gente ter? ... se eu tenho condição de dar à luz por parto normal, por que não? (E5)

O sofrimento e a dor do parto são representações interligadas ao parto normal, contribuindo na epidemiologia obstétrica da atualidade. A imagem do parto normal a dor e sofrimento, é apresentada em alguns estudos qualitativos ⁽¹²⁻¹⁴⁾ e a origem destes sentimentos

está ancorada nas informações lançadas por amigos, parentes sobre as experiências traumáticas com este tipo de parto ^(4,12). Acrescenta-se que as informações da mídia consolidam este imaginário ⁽¹²⁾. Assim, o entendimento destas representações auxilia no esclarecimento de como o ser humano ver o objeto social e como ele se relaciona com ela ⁽⁵⁾.

... foi uma tortura o parto normal ... senti dor, senti... que é uma coisa que... pra mim não é considerado normal, pra mim não era normal. (E3)

... sofrimento que sente, só isso. (E4)

Tema 3 – Insegurança

A insegurança é uma representação social fortemente visualizada nas falas das enfermeiras, em diferentes contextos. Uma das formas de insegurança é observada a partir do sentimento de medo do parto normal, por vezes originado pelas comunicações estabelecidas com as gestantes atendidas. Neste sentido, as representações não são originadas individualmente, mas produzidas nas interações sociais, a partir das exposições de ideias, crenças e imagens. Essa apropriação da realidade permite o confronto com informações preexistentes do sujeito e uma reconstrução do objeto, sendo, o sujeito, um construtor ativo da realidade ⁽⁵⁾.

... meio assustador, né ... parto normal é assustador ... eu vejo assim como profissional, as angústias quando elas (gestantes atendidas) vem ... eu tinha muito medo de ter normal ... medo da dor ... (E10)

A representação de insegurança também é verificada quando as enfermeiras associam o parto normal a um risco potencial para complicações, a partir dos relatos que trazem a necessidade de uma estrutura assistencial hospitalar intensiva.

... a maternidade que eu fiz não tinha UTI neonatal ... eu fiquei com medo, a minha insegurança era não ter UTI neonatal ... (E2)

Outra enfermeira relata que a estrutura das salas de parto não são adequadas para uma melhor assistência à mulher, havendo uma necessidade de readequação dos ambientes das salas de parto a fim de possibilitar privacidade à mulher e ações não farmacológicas de alívio da dor para sustentar as propostas de modificação desse cenário atual medicalizado ^(15,16).

... qual é a unidade de saúde pública que tem uma triagem em uma maternidade onde se parteja com tranquilidade? Eu acho que nenhuma, né ... eu acho que nenhuma ... (E6)

O médico também é gerador de uma representação do parto normal como prática insegura, quando sua opinião influencia o processo decisório das mulheres por um parto cesáreo ⁽¹⁷⁾.

... não estão (os profissionais) tão adeptos (ao parto normal) ... Já que eles estão tão adeptos à cesariana ... você fica com certo receio ... (E12)

Algumas enfermeiras relatam os nascimentos em casa como uma opção que reduz o sentimento de medo supracitado, diante do sentimento de acolhimento e familiaridade que este ambiente transmite. Conhecer o local do parto é importante, a fim de estabelecer um vínculo que auxilie na redução da insegurança.

... tinha uma parteira aqui, que fazia parto na casa dela ... havia muito risco de infecção e tinha muita gente que preferia ter menino em casa. (E5)

... ficam meia que cortadas ... não tem essa ligação entre esses dois tipos de serviço (primário e secundário). Ai isso gera insegurança, medo ... não tem um dia de visita na maternidade ... no público não funciona assim. Ai não tem essa integração. (E2)

Além deste vínculo, a presença de pessoas no apoio ao parto gera o sentimento de segurança. Uma revisão sistemática da Cochrane encontrou efeitos benéficos destes cuidadores, os quais promoveram redução do uso de medicamentos para dor, diminuição do número de cesarianas, discreta redução do tempo de parto ⁽¹⁸⁾.

... esse obstetra ... me deixou insegura ... ele disse que tinha um congresso ... não ia poder ... (eu) correr o risco de ser com outro profissional ... infelizmente a gente não tem essa segurança (que tem no parto cesáreo) e o apoio desses profissionais nessa hora do parto... (E2)

... vai estar sozinha, né... vai estar sozinha ... é assustador ... vai estar sozinha, sem nenhum, sem companheiro perto, sem uma família ... (E10)

... a gente tenta humanizar, trazer pra casa, trazer as doulas ... (E6)

O preparo da mulher para o parto foi ressaltado pelas entrevistadas, porém visualizam-se nas consultas pré-natais mulheres geralmente tratadas como coadjuvantes ⁽¹⁹⁾.

Uma revisão da Cochrane não encontrou evidências científicas sobre a educação em saúde no pré-natal para o parto ⁽²⁰⁾. Porém, o processo educativo no pré-natal é estimulado, sendo apresentando uma medida essencial para a construção ativa da autonomia da mulher neste evento ⁽²¹⁾.

Na educação em saúde no pré-natal, denota-se a mulher como ser social recebendo informações de variados campos de orientações, processando-as em seu universo interno. Estes dados são reconstituídos e lançados ao ambiente que a envolve, integrando suas concepções a uma rede de relações, que orientam comportamentos ⁽⁸⁾.

... é um ambiente muito novo, então se ela, se a gente já for trabalhando isso durante o pré-natal com ela, ela vai chegar ali com menos angústias, mais segura ... (E10)

... eu não tinha experiência, não tinha ... nunca fui orientada como era um parto normal ... nem no meu pré-natal ... o médico nunca me orientou como era um parto normal, o que era que eu ia sentir, o que eu ia passar... não tinha essa orientação... (E3)

Outro fator promotor de insegurança é o desconhecimento da mulher em relação ao seu corpo biológico, quando ancoram o parto como um momento imprevisível, uma “caixinha de surpresas”, podendo acarretar em danos maternos e neonatais ⁽²²⁾. Entretanto, há uma maior associação destes danos com o parto cesáreo ⁽²³⁾.

Diante deste fato, verifica-se que informações cristalizadas são repassadas entre os profissionais de saúde e continuam gerando condutas inadequadas. A constante atualização dos profissionais envolvidos na assistência à gestante e à parturiente é fundamental na recriação do senso comum ⁽⁵⁾.

... o parto normal também pode trazer complicações e essas complicações podem surgir na hora. A gente não pode ter a garantia, não pode prever ... a criança nasceu com hipóxia e tava com circular de cordão, mas mesmo assim tava sendo insistido o trabalho de parto. (E4)

As falas das enfermeiras apontam a mídia e as orientações dos familiares como forma de preparo para o parto. Crenças e mitos sobre o parto normal baseados no modelo biomédico são apresentados às enfermeiras por várias fontes, como a mídia ⁽¹²⁾. Estas informações apreendidas são repassadas nas suas condutas atuais, ancorando o parto normal em um momento onde a mulher é passiva.

... hoje as mulheres tem, hoje tem a experiência da família ... você vê na televisão, tudo... elas tem orientação por todos os meios... fui preparada assim ... as pessoas mais antigas chegava pra gente e dizia assim: olhe, não adianta gritar, você não vá gritando, porque ninguém vai lhe dar atenção, né ... Fui calma, segui todas as orientações dos profissionais no hospital ... (E3)

Na hora, na sala, ela sempre seguir as orientações dos profissionais de saúde, que são ... eles estão ali capacitados, eles são treinados pra dar toda orientação a você, não adianta você chegar lá gritando ... (E3)

A partir deste contexto, existe um reconhecimento quanto à necessidade de preparo dos próprios profissionais para a assistência ao parto. A formação acadêmica no Brasil é permeada por um modelo biomédico, culminando em insensibilidade e despreparo dos profissionais de saúde para o parto ⁽²⁴⁾. Esta condução é originada a partir dos conhecimentos compartilhados neste âmbito ⁽⁵⁾.

... pra o parto normal tem que existir uma preparação. Tanto dos profissionais que estão orientando como da pessoa que está... da própria gestante que tem que se conscientizar com relação ao processo ... (E12)

... hoje em dia os profissionais obstetras, eles tão mais habilitados ... com o parto cesáreo do que o parto normal. (E2)

... são poucos obstetras que sabem partejar ... médicos não são formados pra isso (partejar) ... (E6)

Intervenções desnecessárias transmitidas nas salas de parto de forma rotineira estão presentes no imaginário das enfermeiras como uma forma de assistência desumana. Esta ideia gera insegurança, fazendo com que a mulher se perceba como um objeto passivo e indefeso nas mãos de quem detém o poder do saber ^(5,19).

... você vai ser tocada o tempo inteiro ... é toque o tempo todo ... sem nenhuma educação (toque) ... o pessoal vai continuar parindo com o povo gritando no pé do ouvido ... "vamos, minha filha ... bote força", numa coisinha dura e fria feito essa mesa (bate na mesa) ... é assim que as pessoas vem ao mundo ... (E6)

Eu vejo gestantes parturientes com laceração de colo, fazendo cristeler ... começa a fugir da normalidade, quando começa a se aplicar procedimentos ali, dentro do parto, que foge da normalidade, que fica assim querendo forçar aquele parto, então forçar de uma forma mecânica ... (E12)

Neste momento, verifica-se a violência institucionalizada que percorre as maternidades em todo o mundo, com a ocorrência de maus tratos de diferentes naturezas que ferem a autonomia e a dignidade das mulheres ⁽¹⁵⁾. Contudo, existe a possibilidade de mudança desta realidade a partir do entendimento de que o objeto é reconstruído em seu sistema de representações e a realidade é apreendida, passando de realidade objetiva para realidade subjetiva, ou seja, não reproduzindo a informação, mas reelaborando-a ^(5,9).

Tema 4 – Imposição às mulheres de baixa renda

O parto normal também foi citado como uma imposição para a mulher pobre, perpetuando uma desigualdade de direitos sobre o corpo.

... no SUS ... é obrigada a fazer normal. (E2)

... na realidade a maioria deles eles vão ter o parto normal... (E7)

Estudos apontam que uma maior renda, maior escolaridade e mulheres da raça branca tem maior possibilidade de ter um parto cesariano, inclusive em maternidades pública, sendo este parto culturalmente visto como um procedimento diferenciado ⁽²⁾. Porém, no sistema público, onde existe um maior incentivo ao parto normal, o diálogo no pré-natal encontra-se ainda mais comprometido e muitas mulheres vivenciam o parto normal de uma forma passiva, aceitando todas as intervenções propostas e tidas como verdades absolutas pelas mesmas, culminando em experiências desagradáveis e até mesmo traumáticas. Este fato ocorre continuamente e é cristalizado por gerações ^(5,12,21).

Conclusão

O parto normal é ancorado em relatos positivos de que é um evento natural, permeado pelo auxílio divino em sua evolução, trazendo o desejo em vivenciá-lo. Porém, também emergiram ancoragens deste evento na insegurança e numa imposição dos serviços públicos de saúde, fazendo com que este desejo não se concretize.

A partir da teia de significados, gerada neste estudo, observa-se que as mulheres necessitam de uma rede de apoio ao parto normal que consiste em estrutura física adequada, recursos humanos qualificados e aplicação de uma assistência baseada em evidências científicas. Percebe-se ser imprescindível o acolhimento da mulher, garantindo a manutenção da sua dignidade e o respeito aos seus direitos.

Compreender as representações sociais do parto normal, pela perspectiva da enfermagem atuante na atenção básica, propicia um olhar sob a educação em saúde no pré-natal, onde são reelaborados os conhecimentos que envolvem este evento. Este olhar também aponta para a atenção à educação permanente destes profissionais, podendo favorecer a geração de representações sociais positivas do parto normal e auxiliar em condutas éticas e

humanas às mulheres, contribuindo na desconstrução do modelo biomédico instituído na saúde pública vigente.

Referências

1. Lumbiganon P *et al.* Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet*. 2010 Jan; 375 (9713): 490–9.
2. Mandarino NR *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 jul ; 25(7):1587-1596.
3. Stoll k *et al.* “ It’s All the Rage These Days’’: University Students’ Attitudes Toward Vaginal and Cesarean Birth . *Birth*. 2009 Jun; 36:2.
4. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na internet]; mai-jun 2006; [acesso 13 mai 2012]; 14(3):414-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>.
5. Moscovici S. *Representações Sociais: Investigações em psicologia social*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009. 100 p.
6. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & Contexto Enferm* 2009;18(4):652-60.
7. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*, Brasília, vol.65, n.2, p. 257-63, mar-abr. 2012.
8. Jodelet D. Representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.
9. Santos MFS, Almeida LM. *Diálogos com a teoria da representação social*. 3ª ed. Recife: Editora Universitária; 2005. 100 p.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009. 100 p.

11. McGrath P, Phillips E, Vaughan G. Vaginal birth after Caesarean risk decision-making: Australian findings on the mothers' perspective. *Int J Nurs Pract*. 2010 Jun; 16(3):274-81.
12. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev. Brasileira de Anestesiologia*. 2011 mai/jun; 61(3).
13. Figueiredo NSV *et al*. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 36, n. 4, p. 296-306, out-dez. 2010.
14. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010 May-Jun; 39(3):298-309.
15. Warren C *et al*. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13:21.
16. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, Art. No. CD009514.
17. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*. 2010; 26: 394–400.
18. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, Art. No. CD000199.
19. Foucault M. *Microfísica do poder*. 25ª edição. GRAAL Editora; 2012. 432 p.
20. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, Art. No. CD002869.
21. Benatti L, Min Marcelo. *Parto com amor*. 1ª ed. Recife: Editora Panda Books; 2011. 100 p.
22. Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2011 Jun; 283 (6): 1193-98.
23. Cernadas JMC *et al*. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108(1):17-23.

24. Busanello J, Kerber NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva ME. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. Cienc Cuid Saude. 2011 Jan/Mar; 10(1):169-175. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i1.8533.

Considerações Finais

5. CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de publicações acerca das representações sociais do parto normal é reduzido, especialmente quando envolvendo o profissional de saúde que assiste o pré-natal e o parto. Compreender as representações sociais do parto normal para as enfermeiras da atenção básica possibilitou um aprofundamento na concepção que estas profissionais de saúde possuem acerca do objeto de estudo confrontado, culminando na visualização dos reflexos deste processo em todos os elementos do entorno desta profissional.

Os depoimentos das enfermeiras revelam reconhecimento do benefício deste tipo de parto, porém são permeados por inseguranças que emergem em toda linha de cuidado da atenção à mulher, desde a atenção básica à média e alta complexidade, influenciando as condutas realizadas no pré-natal quanto à aplicação de uma educação para o parto de baixo risco desmedicalizada.

Estas orientações são sempre voltadas para os benefícios do parto normal, diante da impossibilidade de escolha pelo parto que as mulheres do sistema público de saúde. As mesmas estão pautadas em formatos tradicionais de medidas educativas que mantêm a passividade das mulheres diante de um processo que deve ser dominado por elas. Outrossim, ressalta-se que esta conduta é gerada a partir da visão que a enfermeira possui do parto, portanto, não excluindo estas profissionais da posição de passividade diante do seu corpo biológico.

Percebe-se que há um sentimento positivo em relação ao parto normal, porém uma atitude insegura por este tipo de parto a partir de toda a fragilidade que existe na assistência à saúde da mulher contemporânea. Observando todo o contexto da pesquisa, emergem necessidades de reorientações em no processo formativo que envolve os profissionais de saúde, desde a sua formação acadêmica até as medidas de educação permanente e conseqüentemente, as medidas de educação em saúde, visando estimular a garantia de uma assistência baseada nos direitos de cada ser humano à dignidade e respeito.

REFERÊNCIAS

1. AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004.
2. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
3. BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev Latino-am Enfermagem**. Fortaleza, vol.14, n.3, p.414-21, mai-jun. 2006.
4. BODNER, K. *et al.* Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. Vienna, v. 283, n.6, p.1193-1198, jun. 2011.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília; 2000.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
7. BENATTI, L.; MIN, M. **Parto com amor**. 1ª ed. Recife: Editora Panda Books; 2011. 100 p.
8. BUSANELLO, J. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. **Cienc Cuid Saude**, Rio Grande, vol. 10, n. 1, p. 169-175, jan-mar. 2011.
9. CARROLI, G.; BELIZÁN, J. Episiotomía en el parto vaginal (**Revisión Cochrane traducida**). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3.
10. CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2013. Art. No. CD000081.
11. CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAIS FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **FEMINA**. 2010 fev, vol 38, n. 5. P. 266-70.
12. CEBM. CENTRE FOR EVIDENCE BASED MEDICINE. University of Oxford, 2009. Disponível em: <http://www.strobe-statement.org/>

13. CERNADAS, J. M. C. *et al.* Cores Pontea. Nascimento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. **Arch Argent Pediatr.** Buenos Aires, vol. 108, n.1, p.17-23, fev. 2010.
14. COSTA, L.O.P.; MAHER, C.G.; LOPES, A.D.; NORONHA, M.A.; COSTA, L.C.M. Como escrever de forma transparente artigos científicos relevantes para a prática da Fisioterapia. **Rev Bras Fisioter**, v. 15, n.4, p. 267-71, jul/ago 2011.
15. DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Rev. Eletr. Enf.**, Jup, vol.10, n.1, p. 100-109, jun-mar. 2008.
16. FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública**, Belo Horizonte, vol.40, n.2, p.226-32, abr. 2006.
17. FENWICK, J. *et al.* Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? **Midwifery**, Australia, vol.26, n.4, p.394-400, ago. 2010.
18. FIGUEIREDO, N. S. V. *et al.* Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out-dez. 2010.
19. FISHER, C. *et al.* Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Perth, vol. 12, n. 126, p. 1471-2391, ago-nov. 2012.
20. FOUCALT, M. **Microfísica do poder**. 25ª edição. São Paulo: GRAAL Editora. 2012. p.432.
21. GAGNON, A. J.; SANDALL, J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database of Systematic Reviews. **Cochrane Databases Syst Rev.**, Quebec, vol.2000, n.1, mai. 2009.
22. GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-junho; 12(3):549-56.
23. GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais da saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 107-14 agos/mar. 2006.
24. GOMES, V. L. O.; DA FONSECA, A. D.; ROBALLO, E. C. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol.15, n.2, p.300-305, abr-jun. 2011.

25. HODNETT, E.D. *et al.* Caregiver support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, n. 1, jul. 2002. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000199/abstract>>. Acesso em: 21 nov. 2012.
26. JODELET, D. Representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.
27. LOPES, R. C. S. *et al.* O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, vol.18, n.2, p.247-254, 2005.
28. LUMBIGANON, P. *et al.* Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. **The Lancet**. Khon Kaen, v. 375, n. 9713, p. 490 – 499, fev. 2010.
29. MANDARINO, N. R. *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n.7, p.1587-1596, jul. 2009.
30. MELCHIORI, L. E. *et al.* Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, vol.13, n.1, p. 13-23, jan-jun. 2009.
31. MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
32. MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
33. MUNRO, S.; KORNELSEN, J.; HUTTON, E. Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories. **Journal of Midwifery & Women's Health**. Vancouver, vol.54, n.5, set-out. 2009.
34. NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa- Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo. V.1,Nº3, 2º Sem. 1996.
35. NILSSON, C.; BONDAS, T.; LUNDGREN, I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 2010 May-Jun; 39(3):298-309.

36. PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.35-46, jan./mar. 2008.
37. PEREIRA, A. L. F. *et al.* Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto contexto Enferm.**, vol.21, n.3, p. 566-573, jul-set. 2012.
38. PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Joinville, vol. 61, n. 3, p. , mai-jun. 2011.
39. PHILLIPS, E.; MCGRATH, P.; VAUGHAN, G. ‘I wanted desperately to have anatural birth’: Mothers’ insights on Vaginal Birth After Caesarean (VBAC). **Contemporary Nurse**, Brisbane, vol. 34, n. 1, p. 77-84, dez-jan. 2010.
40. PROGIANTI, J. M.; DA COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol.65, n.2, p. 257-63, mar-abr. 2012.
41. REBELLO, M. T. M. P.; RODRIGUES NETO, J. F. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Rev Bras Educ Med**. Montes Claros, vol.36, n.2, p. 188 – 197, set-abr. 2012.
42. RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):477-486, 2007.
43. ROTHER, E.T. **Revisão sistemática x revisão narrativa**. Acta Paul Enferm 2007; 20 (2).
44. SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, L.M. Diálogos com a teoria da representação social. **Ed. Universitária**, 2005, p. 2005.
45. SANTOS, R.V.; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto & Contexto Enferm** 2009;18(4):652-60.
46. SAKAE,T.M.; FREITAS, P.F.; d’ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev Saúde Pública**, 2009; 43 (3): 472-80.

47. SHAH, A. *et al.* Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. 2009 dez; Geneva, v.107, n.3, p.197-197.
48. SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicol. Reflex. Crit.** Port Alegre, vol.23, n.1, p. 01-10, jan-abr. 2010.
49. SMITH, C. A. *et al.* Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. **Cochrane Database Syst Rev**, vol.7, n.12, dez. 2013.
50. SOTO L. C. *et al.* Educación prenatal y su relación com El tipo de parto: uma via hacia El parto natural. **Rev. chil. obstet. ginecol.**, Santiago, v. 71, n. 2, 2006 .
51. STOLL, K. *et al.* “It’s All the Rage These Days”: University Students’ Attitudes Toward Vaginal and Cesarean Birth . **Birth**, Vancouver, vol.36, n.2, p.133-40, jun. 2009.
52. TELES, L.M.R., AMÉRICO, C.F., PITOMBEIRA, H.C.S., FREITAS, L.V., DAMASCENO, A.K.C. Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. **Rev enferm UFPE on line**. 2010 abr./jun.;4(2):498-503.
53. VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**. Geneva, v.367, n.9525, p. 1819 – 1819, ago. 2006.
54. WARREN, C.; NJUKI, R.; ABUYA, T.; NDWIGA, C.; MAINGI, G.; SERWANGA J. *et al.* Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. **BMC Pregnancy and Childbirth**. 2013 ; 13:21.
55. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24. **Departament of Reproductive Health e Research World Organization Geneva**. 1996. 54 p.
56. ZAMPIERI, M. F. M. *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol.19, n.4, p. 719-27, out-dez. 2010.

57. ZHANG, J. *et al.* Contemporary Cesarean Delivery Practice in the United States. **Am J Obstet Gynecol.** Bethesda, v.203, n.4, p.326, out, 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre parto normal. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição. O objetivo deste estudo será desvelar as representações sociais do parto para enfermeiros da atenção básica. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com perguntas abertas e fechadas, de forma voluntária e gratuita. O estudo não envolverá nenhum tipo de intervenção ou procedimento invasivo, representando, portanto, risco mínimo.

A fim de reduzir o risco de constrangimento, será assegurada a confidencialidade e a privacidade dos dados, garantindo o anonimato dos sujeitos.

Os benefícios relacionados com sua participação serão após a pesquisa, pois o estudo servirá de subsídio para auxiliar os profissionais de saúde na promoção e apoio ao parto normal. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas e asseguramos o

sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois serão dados codinomes aos sujeitos, garantido a privacidade.

Cada entrevista será gravada em aparelho supracitado e as falas transcritas na íntegra pelo pesquisador responsável. As transcrições e gravações serão arquivadas em HD externo e computador do pesquisador responsável e o diário de campo armazenado em armário na sua residência situada no município do estudo. , na Rua Pastor Rubens Prado, n 120, apt 601, Maurício de Nassau, e-mail: nayalelucinda@gmail.com, fone: (81) 9455 2492, num prazo de cinco (05) anos.

Você assinará duas (02) cópias deste termo, onde receberá uma cópia e, em caso de dúvidas, poderá recorrer à mestranda pesquisadora Nayale Lucinda Andrade Albuquerque pelo endereço, Rua Pastor Rubens Prado, n 120, apt 601, Maurício de Nassau, e-mail: nayalelucinda@gmail.com ou pelo telefone: (81) 9455 2492 e/ ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE pelo telefone e endereço Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, Cidade Universitária. Recife-PE, CEP 50 740 – 600. Tel: 81 2126 8588, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação ou desistir de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Representações sociais das enfermeiras da atenção básica sobre parto normal”, como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora, dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Caruaru, ____ de _____ de 2012

Nome e assinatura do Sujeito da Pesquisa

Responsável pela pesquisa

Testemunha (1)

Testemunha (2)

APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO ACADÊMICO

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

DADOS SOCIOECONÔMICOS E OBSTÉTRICOS

1. Idade: _____

2. Tempo de trabalho nesta Estratégia de Saúde da Família: _____

3. Possui especialização? _____

1. Sim 2. Não

6. Se sim, qual?

7. Se é do sexo feminino e tem filhos, qual o tipo de parto a que foi submetida? _____

1. Normal 2. Cesárea 3. Não se aplica

8. Se é do sexo masculino e possui filhos, qual o tipo de parto da sua esposa/companheira?

1. Normal 2. Cesárea 3. Não se aplica

QUESTÃO NORTEADORA

1. Fale-me sobre parto normal?

APÊNDICE C – GRELHA DE BARDIN

Questão Norteadora	Transcrição das Falas	Núcleos de Sentido	Trechos da Entrevista	Codificação (Confronto I)	Subcategorias (Confronto II)	Categoria Central/Temática (Confronto Final)

ANEXO A – Teste de Relevância para revisões sistemáticas

Problema	
Definições	
Desenho do Teste de Relevância	<p>Código do Artigo = _____ n. Avaliador: _____</p> <p>Critérios de Inclusão</p> <p>O estudo trata de escolha\preferência\desejo de mulheres por um tipo de parto? Sim() Não ()</p> <p>Os tipos de parto são normais ou cesarianos?</p> <p>Sim () Não ()</p> <p>Critérios de Exclusão</p> <p>É editorial, estudo de caso\relato de caso, comunicação ou revisão?</p> <p>Sim () Não ()</p> <p>O estudo apresenta dados insuficientes para a análise?</p> <p>Sim () Não ()</p> <p>O estudo envolve parto domiciliário, parto prematuro, fórceps, fases do parto, indução do parto?</p> <p>Sim () Não ()</p>
Base de Dados	
Unitermos	
Período de busca dos dados	

Estudos Identificados	
1º Aplicação Teste de relevância (Título)	
2º Aplicação Teste de relevância (Resumo)	
Análise (metanálise)	
Resultados	
Discussão	

ANEXO B – Recomendações STROBE

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract</p> <hr/> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found</p>
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	<p>(a) <i>Cohort study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p><i>Case-control study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants</p> <hr/> <p>(b) <i>Cohort study</i>—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p><i>Case-control study</i>—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case</p>
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders,

and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable

Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	<p>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <hr/> <p>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <hr/> <p>(c) Explain how missing data were addressed</p> <hr/> <p>(d) <i>Cohort study</i>—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed</p> <p><i>Case-control study</i>—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy</p> <hr/> <p>(e) Describe any sensitivity analyses</p>

Continued on next page

Results

Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed
		(b) Give reasons for non-participation at each stage
		(c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion

Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence

Generalisability 21 Discuss the generalisability (external validity) of the study results

Other information

Funding 22 Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO C – CEBM (Centre for Evidence Based Medicine) – LEVELS OF EVIDENCE

Levels of Evidence

Level I

Evidence obtained from a systematic review of all relevant randomised controlled trials.

Level II

Evidence obtained from at least one properly designed randomised controlled trial.

Level III-1

Evidence obtained from well-designed pseudo-randomised controlled trials (alternate allocation or some other method).

Level III-2

Evidence obtained from comparative studies with concurrent controls and allocation not randomised ([cohort studies](#)), [case control studies](#), or interrupted time series with a control group.

Level III-3

Evidence obtained from comparative studies with historical control, two or more single-arm studies, or interrupted time series without a parallel control group.

Level IV

Evidence obtained from [case series](#), either post-test or pre-test and post-test.

Oxford Centre for Evidence Based Medicine

This is the system used by the UK National Health Service (NHS). The following has been divided into a simplified version of the “grade of recommendation” system first (the oft seen grades A to D) and then the more detailed levels of evidence^[2].

- A. Consistent Randomised Controlled Clinical Trial, cohort study, all or none, clinical decision rule validated in different populations.
- B. Consistent Retrospective Cohort, Exploratory Cohort, Ecological Study, Outcomes Research, case-control study; or extrapolations from level A studies.
- C. Case-series study or extrapolations from level B studies.
- D. Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or first principles.

Levels of Evidence for Therapy/Prevention, Aetiology/Harm

Level 1a

Systematic review with [homogeneity](#)(*) of randomised control trials

Level 1b

Individual randomised control trial with narrow [confidence interval](#) (studies with wide confidence interval should be tagged with a “-” at the end of their designated level).

Level 1c

All or none (met when all patients died before Rx became available, but some now survive on it; or when some patients died before the Rx became available but none now die on it).

Level 2a

Systematic review with homogeneity(*) of cohort studies

Level 2b

Individual cohort studies;

Low quality randomised control trials (e.g., < 80% follow up)

Level 2c

“Outcomes” Research; [Ecological studies](#)

Level 3a

Systematic review with homogeneity(*) of case-control studies

Level 3b

Individual case-control studies

Level 4

Case series;

Poor quality cohort studies (failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same, objective way in both exposed and non-exposed individuals and/or failed to identify or appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficient long and completely follow up);

Poor quality case control studies (failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same, objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders)

Level 5

Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on **physiology**, **bench research** or “**first principles**”.

(*) A systematic review free of worrisome variations in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. Studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a “-” at the end of their designated level.

Grade of Recommendation

A: consistent level 1 studies

B: consistent level 2 or 3 studies or extrapolations from level 1 studies

C: level 4 studies or extrapolations from level 2 or 3 studies

D: level 5 evidence or troubling inconsistent or inconclusive studies of any level

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PROJETO DE PESQUISA

Título: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PARTO PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04876112.9.0000.5208

Pesquisador: Nayale Lucinda Andrade Albuquerque

Instituição: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 94.806

Data da Relatoria: 05/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado da aluna Nayale Lucinda Andrade Albuquerque, do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - CCS, intitulado REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PARTO PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA, a ser desenvolvido junto ao Programa de Estratégias de Saúde da Família no Município de Caruaru com uma amostra de 30 profissionais de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar as representações sociais sobre parto para enfermeiros da atenção básica e apreender os significados sobre parto normal e cesáreo para os profissionais; entender as repercussões das representações sociais acerca do parto nas ações educativas ofertadas às gestantes por estes profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não envolverá nenhum tipo de intervenção ou procedimento invasivo, representando, portanto, um risco mínimo aos envolvidos na pesquisa. Os riscos relacionados com a participação estarão relacionados com constrangimentos, previsto na Resolução /96 art. 11.8. Este risco poderá ser minimizado com a garantia do sigilo da identificação do profissional, a partir da utilização de codinomes, assim como com a garantia da privacidade no momento da entrevista, sendo realizada em seu consultório, sem ruídos e interrupções. Considerando que a própria metodologia adotada é a pesquisa participante e, favorece a reflexão dos sujeitos da pesquisa, os resultados obtidos poderão auxiliar estes profissionais de saúde na promoção e no apoio ao parto normal, bem como oferecer subsídios a elaboração de um plano de educação continuada para o município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A justificativa do projeto é relevante na medida em que a avaliação das concepções do enfermeiro, acerca do parto, poderá auxiliar para uma melhor compreensão de suas práticas profissionais e sociais bem como subsidiar estratégias de promoção da educação em saúde para o município. A revisão da literatura é atual e o projeto está teórica e metodologicamente bem fundamentado. A coleta de dados será realizada por meio de observação participante e de entrevistas individuais não estruturadas. O cronograma do projeto é compatível com as etapas a serem realizadas e o orçamento será arcado pela pesquisadora com recursos próprios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se anexados folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; carta de anuência da Secretária Municipal de Saúde do Município de Caruaru onde os dados serão coletados; TCLE com as informações de praxe;

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepoca@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Indicação do endereço do currículo Lattes da pesquisadora responsável e dos demais envolvidos no projeto.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado, salvo melhor juízo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão para início da coleta de dados.
Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE

RECIFE, 11 de Setembro de 2012

Assinado por:

GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-8588 E-mail: cepocs@ufpe.br

ANEXO – E CARTA DE ANUÊNCIASecretaria
de Saúde**Governo do Município de Caruaru****DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada, **REPRESENTAÇÕES SOBRE PARTO PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**, pela aluna NAYALE LUCINDA ANDRADE ALBUQUERQUE, do curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde, facultando-lhe a coleta de dados para a referida pesquisa nas Estratégias de Saúde da Família, neste município.

A realização da pesquisa está autorizada, desde que a pesquisadora cumpra com os requisitos da Resolução do CNS nº196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.

Caruaru, 31 de maio de 2012.

Maria Aparecida de Souza
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO F – Regulamentação da defesa e normas do programa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPG-CS CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFPE

ORIENTAÇÕES PARA APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Versão Março de 2011

O objetivo desta proposta é normatizar a forma de apresentação da dissertação ao PPG-CS. Considerando que a forma de divulgação de maior visibilidade pela comunidade científica é o artigo científico, o colegiado do programa determina que a apresentação das dissertações seja sob a forma de artigos.

Um trabalho apresentado de forma impecável não é garantia de sua qualidade, mas uma apresentação desleixada reflete o comportamento de todos os envolvidos em sua confecção !

Este documento está dividido em duas seções, uma de conteúdo e outra de forma. A primeira visa esclarecer quais os tópicos e o que o colegiado espera que seja abordado numa dissertação de conclusão de curso. O segundo expõe algumas regras de formatação do trabalho.

I. CONTEÚDO:

A estrutura central do trabalho deve constar de:

- **RESUMO E ABSTRACT**

Trata-se do resumo geral do documento de dissertação e não uma descrição de como está sendo apresentada - deve refletir o conteúdo empírico da dissertação seguindo uma ordem lógica e estruturada: o racional, a hipótese do estudo, o(s) objetivo(s), o método, principais resultados e as conclusões, apresentado em até 500 palavras.

O Abstract é a versão do Resumo em inglês.

- **APRESENTAÇÃO**

Considerando que a dissertação é um trabalho monográfico, na sessão “apresentação” essa unidade deve ser exposta com concisão e clareza. Serve para informar rapidamente ao leitor do que trata o trabalho e seduzi-lo para a leitura. Não pode ultrapassar três páginas, incluindo bibliografia.

1. Deve constar o porquê da investigação. Como surgiu a motivação. De forma sucinta embasar a(s) pergunta(s) condutora(s): o racional. Qual a linha de pesquisa do curso a que se relaciona? Se faz parte de um projeto de pesquisa maior e qual.
2. Explicitar o objetivo principal e a (s) pergunta (s) condutora (s) do estudo. Os objetivos devem ser claramente descritos com frases curtas e concisas
3. Explicitar a(s) hipótese(s).

4. Informações sobre o(s) artigo(s) original(is) produzido(s): relacionando com os objetivos (qual artigo corresponde a qual objetivo) e periódico a que será/foi submetido.
5. Bibliografia com as referências que dão sustentação básica ao racional da dissertação.
6. **Lembrar:** não é o espaço para revisão da literatura, há um capítulo próprio para isso.

- **CAPÍTULO I:**

1. Referencial teórico.

O referencial teórico poderá ser apresentado sob a forma de artigo de revisão narrativa que deve estar formatada de acordo com as normas do periódico ao qual será submetido. Alternativamente, um artigo de revisão sistemática poderá ser apresentado. Neste último caso, uma introdução com um referencial teórico mais sucinto mas que situe o leitor no contexto do trabalho monográfico deve precedê-lo.

Esta seção diz respeito à base teórica que dá sustentação à investigação. Não deve ser superficial, mas mostrar que o estudo está bem ancorado numa revisão ampla e atualizada. Não deve se restringir ao tema mas também não podem constar aspectos não relacionados à investigação (embora a leitura feita tenha sido ampla). Deve permitir que um leitor não familiarizado com o objeto do estudo tenha informações suficientes para analisar a estrutura lógica que embasou a pesquisa empírica e, fundamentalmente, que se possa apreender o estado-da-arte sobre o tema. Deve refletir o arcabouço teórico da dissertação.

2. Justificativa

Deve procurar explicitar ao leitor os motivos que induziram o autor à investigação e convencê-lo da sua relevância.

3. Objetivos

O(s) objetivo(s) é(são) o cerne da formulação de uma investigação científica.

Geral: abrangente, consiste naquilo que o trabalho pretende alcançar em linhas gerais, cabendo as palavras estudar, contribuir, descrever, etc. Exemplo: "Descrever as características fenotípicas e de função pulmonar de crianças com asma persistente".

Específicos : mais precisos e detalhados, mantendo a coerência com o objetivo geral. Serão investigados através de atividades e métodos bem definidos. Os tempos dos verbos devem ser no infinitivo (definir, determinar, descrever, avaliar, comparar, etc) e a cada objetivo deve corresponder uma conclusão no final da tese. Exemplo:

- Descrever a distribuição da gravidade de asma em uma população da cidade do Recife;

- Verificar a associação entre a intensidade das alterações no VEF1 e a Rva nas crianças com asma persistente e a gravidade da doença

Podem haver objetivos secundários, que podem não estar diretamente ligados aos objetivos primários, geral ou específicos, mas são sub-produtos da pesquisa que podem gerar outras publicações.

4. Hipóteses

Devem ser elaboradas sob a forma de assertivas a serem testadas (e passíveis de serem refutadas – vide Karl Popper) e corresponder a cada objetivo específico, na mesma ordem. Exemplo:

- Na população estudada, a asma intermitente é mais prevalente
- A maioria das crianças com asma persistente apresenta provas de função pulmonar normal
- Crianças com asma praticam menos atividades físicas que aquelas sem asma

5. Referências

As referências relativas à apresentação e ao capítulo de Referencial Teórico deverão seguir as normas da ABNT. Esta folha, elemento obrigatório, deve conter o título (Referências), sem indicativo numérico, centralizado. As referências são alinhadas à esquerda, devendo seguir as normas da ABNT NBR 6023.

Todas as referências deverão estar em CD, agrupadas em pasta com o nome específico "Referencial teórico" e numeradas de acordo com a ordem de organização nesta sessão, e conter nome do primeiro autor, periódico (abreviado como aparece no PubMed) e ano, exemplo:

- Pasta: Referencial teórico
1. MacMahon AR, J All Clin Immunol, 2008
 2. Daviskas EL, J Ped , 2010

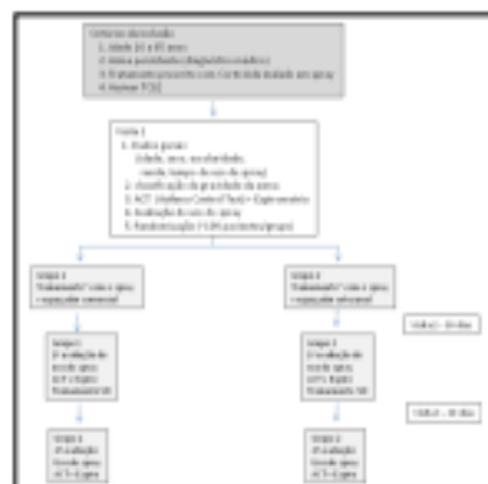
Veja Sessão III. REGRAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO, capítulo 8.

• CAPÍTULO II: MÉTODOS

Visa detalhar a metodologia empregada na pesquisa. Ou seja, diz respeito ao projeto de pesquisa que originou a base empírica da dissertação. Detalhar o necessário para que o leitor possa reproduzir o estudo, criticar e analisar as soluções encontradas pelo pós-graduando frente aos problemas surgidos no planejamento e execução do projeto. O item sobre análise dos dados deve ser escrito de modo a permitir a avaliação crítica das opções feitas.

Devem constar os seguintes itens, mas pode sofrer adaptações de acordo com as necessidades de cada tipo de pesquisa :

1. Delineamento do estudo – desenho da pesquisa e fluxograma – veja exemplo abaixo.



2. Local de realização do estudo

3. População do estudo

Definir claramente a população do estudo

3.1 Critérios de inclusão

3.2 Critérios de exclusão

3.3 Tipo de amostragem

4. Definição do tamanho amostral

Deve se realizada a partir de premissas coerentes e embasada em dados concretos, disponíveis na literatura ou em estudos piloto. Claramente deve constar o tamanho do efeito que se quer ser capaz de detectar e qual a magnitude de erro que se considera aceitável (erro alfa e beta).

5. Definição e categorização das variáveis.

Deve conter sub-itens com a definição e instrumentalização das variáveis estudadas (desfechos, medidas, protocolos utilizados, instrumentos, técnicas de medida, unidades de medida, aferições de equipamentos, questionários e suas traduções/validações, treinamento da equipe, etc. – DETALHADAMENTE), inclusive o momento e como o TCLE foi obtido. Neste item deve ser também descrito como os dados foram tabulados, verificação de fidedignidade (dupla entrada ?) e qual o programa utilizado (Ex. Excell, EpiInfo, Etc.).

Exemplo

5.1 Coleta de dados gerais (idade, gênero, escolaridade, tabagismo, etc....). -

Atenção: Cada sub-item deve estar definido em suas categorizações. Ex.: Tabagismo: em maços/ano. 1 maço ano significa 1 maço de cigarros (20 cigarros) fumados por dia em 1 ano.

5.2 Medidas antropométricas (instrumentos, técnicas e unidades de medida)

5.3 ACT (Asthma Control Test) e sua aplicação

5.4 Randomização e Mascaramento – técnica (simples, bloco, conglomerado, etc.), tabela e quem fez a alocação. Forma de manter o mascaramento.

5.5 – Treinamento da equipe

5.6 Avaliação inicial do uso do inalador dosimetrado pelo paciente (como e por quem foi realizada e como serão categorizados os desfechos).

5.7 Treinamento no uso do spray com os espaçadores artesanal e comercial

5.8 Tabulação e verificação dos dados

5.9 Manual operacional (procedimentos operacionais padrão – POP).

Este manual – que já deveria estar elaborado no projeto de pesquisa – é o manual da pesquisa, como cada etapa foi cumprida.

6. Análise estatística

Como a análise estatística foi realizada, de forma detalhada. Não basta colocar os programas utilizados, mas devem ser especificados os testes estatísticos utilizados em cada análise e por quê.

7. Aspectos Éticos

A seguir um sumário exemplificando este capítulo :

Delineamento do estudo

Local de realização do estudo

População de estudo

 Critérios de Inclusão

 Critérios de Exclusão

 Tipo de amostragem

Definição de tamanho amostral

Definição e categorização das variáveis

 Sub-itens com a descrição e operacionalização das variáveis de desfecho

 Instrumentos utilizados, Aferições dos equipamentos, etc.

 Protocolo de realização das medidas das variáveis (Manual operacional)

Análise de dados

 Testes Estatísticos

Aspectos Éticos

Referências – veja seção correspondente no capítulo de Referencial Teórico

- **CAPÍTULO III:**

Artigo(s) original(is). O artigo original (um ou mais) , a critério do orientador, poderá ainda não estar formatado sob as normas de um periódico específico, embora o desejável é que já o esteja (no rodapé da página inicial do artigo deve constar o título do periódico, quando já formatado, e nos anexos as normas do periódico no tocante a formatação).

Se já tiver sido aceito para publicação, acrescentar cópias do original enviado e da carta de aceitação (no anexo). Se já tiver sido publicado, o trabalho deve constar no corpo da dissertação na forma de publicação no periódico (PDF).

Bibliografia

Lembrar que o artigo original é o único local do documento onde as referências podem não estar sob o formato da ABNT (desde que o artigo esteja formatado sob as normas de um periódico).

Todas as referências deverão estar no CD agrupadas em pasta com o nome específico "Artigo original" seguido do título abreviado do artigo e numeradas de acordo com a ordem de organização nesta sessão, nome do primeiro autor, periódico (abreviado como aparece no PubMed) e ano, exemplo:

Pasta:

Artigo original: Prevalência de asma na infância

1. Ingelman AR, Clin Exp All, 2008
2. Haahtela T, Eur Resp J , 2010

Veja Sessão III. REGRAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO, capítulo 8.

- **CAPÍTULO IV: CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A conclusão não é uma repetição dos resultados, mas sim uma boa síntese deles. Constitui-se de respostas às indagações feitas, isto é, às perguntas enunciadas na introdução e detalhada nos objetivos.

Nas considerações finais o autor se posiciona frente ao problema estudado e poderá incluir recomendações.

II. FORMA

Na montagem do documento apresentado à banca como requisito final para obtenção do grau de mestre deve ser obedecida a seguinte estrutura (ABNT NBR 6024):

ESTRUTURA	ORDEM DOS ELEMENTOS
<p>1 Pré-textuais Elementos que antecedem o texto com informações que ajudam na identificação e utilização do trabalho. Páginas numeradas em algarismos romanos.</p>	<p>1.1 Capa 1.2 Lombada 1.3 Folha de rosto 1.4 Errata (opcional, se for o caso) 1.5 Folha de aprovação 1.6 Dedicatória(s) 1.7 Agradecimento(s) 1.8 Epígrafe (opcional) 1.9 Sumário 1.10 Lista de ilustrações 1.11 Lista de tabelas 1.12 Lista de abreviaturas e siglas 1.13 Lista de símbolos 1.14 Resumo na língua vernácula 1.15 Resumo em língua estrangeira</p>
<p>2 Textuais. Páginas numeradas em algarismos arábicos</p>	<p>2.1 Apresentação 2.2 Referencial teórico 2.3 Capítulo sobre os Métodos 2.4 Artigo (s) original (ais) 2.5 Conclusões ou Considerações finais</p>
<p>3 Pós-textuais Elementos que complementam o trabalho</p>	<p>3.1 Apêndice(s) 3.2 Anexo(s)</p>

1 PRÉ-TEXTUAIS

1.1 CAPA

É a proteção externa do trabalho, inclui: autoria, o título, local e ano (da defesa).

O título da dissertação/tese deve contemplar o trabalho como um todo, não deve ser uma simples repetição do título de um dos artigos. Desejável ter em torno de quinze palavras.

a) Anverso (frente)

Cor: Verde escura;

Consistência: capa dura

Formatação do texto: letras douradas, escrito em maiúsculas, fonte "Times New Roman", tamanho 16, espaço duplo entre linhas, alinhamento centralizado.

Conteúdo do texto: na parte alta deve ser colocado o nome do doutorando ou mestrando; na parte central deve ser colocado o título e o subtítulo (se houver) da Tese ou Dissertação; na parte inferior deve ser colocados o local (cidade) da instituição e ano da defesa

b) Contracapa

Anverso (Frente)

Cor: branca;

Formatação do texto: letras pretas, escrito em maiúsculas e minúsculas, fonte "Times New Roman", tamanho 16, espaço duplo entre linhas, alinhamento centralizado.

Conteúdo do texto: na parte alta deve ser colocado o nome do doutorando ou mestrando; na parte central deve ser colocado o título e o subtítulo (se houver) da Tese ou Dissertação, sendo permitida ilustração; na parte inferior deve ser colocados o local (cidade) da instituição e ano da defesa.

Observação: As capas verdes e sólidas serão somente exigidas quando da entrega dos volumes definitivos, após aprovação das respectivas bancas examinadoras e das respectivas correções exigidas.

1.2 LOMBADA (ABNT NBR 12225)

Parte da capa do trabalho que reúne as margens internas das folhas, sejam elas costuradas, grampeadas, coladas ou mantidas juntas de outra maneira.

De baixo para cima da lombada devem estar escritos: o ano, o título da Tese ou Dissertação, o nome utilizado pelo doutorando ou mestrando nos indexadores científicos.

1.3 FOLHA DE ROSTO

Anverso (frente)

Cor: branca;

Formatação do texto: letras pretas, escrito em maiúsculas e minúsculas, fonte "Times New Roman".

Conteúdo do texto: os elementos devem figurar na seguinte ordem:

a) nome do mestrando (na parte alta fonte "Times New Roman", tamanho 16, alinhamento centralizado);

b) título da Dissertação. Se houver subtítulo, deve ser evidenciada a sua subordinação ao título principal, precedido de dois-pontos (na parte média superior, fonte "Times New Roman", tamanho 16, espaço duplo entre linhas, alinhamento centralizado);

c) natureza, nome da instituição e objetivo, explícito pelo seguinte texto: "Tese ou Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde" (na parte média inferior, fonte "Times New Roman", tamanho 14, espaço simples entre linhas, devem ser alinhados do meio da mancha para a margem direita);

- d) o nome do orientador e, se houver, do co-orientador (logo abaixo do item c, separados por dois espaços simples, fonte "Times New Roman", tamanho 14, alinhamento à esquerda);
- e) local (cidade) da instituição (na parte inferior, fonte "Times New Roman", tamanho 14, alinhamento centralizado);
- f) ano da defesa (logo abaixo do item e, sem espaço, fonte "Times New Roman", tamanho 14, alinhamento centralizado).

Verso

Descrever a ficha catalográfica, segundo as normas da Biblioteca Central da UFPE.

1.4 ERRATA

Esta folha deve conter o título (Errata), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024, sendo elemento opcional que deve ser inserido logo após a folha de rosto, constituído pela referência do trabalho e pelo texto da errata e disposto da seguinte maneira:

1.5 FOLHA DA INSTITUIÇÃO

Listados todos os titulares que exercem diferentes cargos na administração da Universidade, ligados à pós-graduação, durante o período que o aluno permaneceu no curso.

1.6 DEDICATÓRIA

1.7 AGRADECIMENTOS

1.8 EPÍGRAFE - Opcional

1.9 SUMÁRIO

Enumeração das seções principais do documento, na ordem que aparece no texto. Utilizar numeração progressiva. Cada capítulo deverá ter seu sumário.

Esta folha deve conter o título (Sumário), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024 e os elementos pré-textuais não devem figurar neste item.

O sumário é a enumeração das principais divisões, seções e outras partes do trabalho, na mesma ordem e grafia em que a matéria nele se sucede, deve ser localizado como o último elemento pré-textual, considerado elemento obrigatório, cujas partes são acompanhadas do(s) respectivo(s) número(s) da(s) página(s), conforme a ABNT NBR 6027. Exemplo:

SUMÁRIO	
LISTA DE TABELAS	xiv
LISTA DE FIGURAS	xv
LISTA DE SIGLAS	xvi
RESUMO	xix
ABSTRACT	xx
CAPÍTULO I	
REFERENCIAL TEÓRICO	2
1.1 Introdução	2
1.2 Inflamação e Remodelamento Pulmonar.....	5
1.3 JUSTIFICATIVA	25
1.4 OBJETIVOS	28
1.5 Objetivo Geral	28
1.6 Objetivos Específicos	28
1.7 HIPÓTESES	30
1.8 REFERÊNCIAS	31
CAPÍTULO II	
MÉTODOS	44
2.1 Delineamento do estudo	44
2.2 Local de realização do estudo.....	45
2.3 População em estudo	46
2.3.1 Assinatura do termo de consentimento informado (TCLE).....	46
2.3.2 Critérios de Inclusão	46
2.3.3 Critérios de Exclusão	47
2.3.4 Cálculo da amostra	47
2.3.5 Variáveis descritivas	48
2.3.6 Variáveis de XXX.....	48
2.3.7 Instrumentos utilizados	48
2.4 Coleta de Dados.....	50
2.4.1 Avaliação clínica.....	50
2.4.2 Avaliação antropométrica	50
2.4.3 Questionário	51
2.4.4 Primeira XXX.....	51
2.4.5 Avaliação XXX.....	52
2.4.6 Protocolo para realização de XXX.....	52
2.4.7 Protocolo para realização de testes XXX.....	53
2.5 Análise estatística	55
2.5.2 Testes Estatísticos	56
2.6 Aspectos Éticos	57
2.7 REFERÊNCIAS	59
CAPÍTULO III	
ARTIGO ORIGINAL	
3.1 PÁGINA DE ROSTO	62
3.2 RESUMO	63
3.3 ABSTRACT	64
3.4 INTRODUÇÃO	65
3.5 MÉTODOS	68

3.6 RESULTADOS	73
3.7 DISCUSSÃO	75
3.8 REFERÊNCIAS	86

CAPÍTULO IV

CONCLUSÕES	95
------------------	----

APÊNDICES (elaborados pelo autor)

Apêndice 1- XXXXXXXXXXXX.....	96
Apêndice 2- XXXXXXXXXXXX.....	97

ANEXOS (elaborados por terceiros)

Anexo 1-(XXXXXXXXXXXXXXXXX).....	98
Anexo 2- ACT.....	99
Anexo 3 – IPAQ.....	108
Anexo 4 – Etc.....	109

1.10 LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Elemento opcional, que deve ser elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome específico, acompanhado do respectivo número da página. Quando necessário, recomenda-se a elaboração de lista própria para cada tipo de ilustração (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outros). Esta folha deve conter o título (Lista de ilustrações), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024. A lista de ilustrações deverá ser separada por capítulos.

1.11 LISTA DE TABELAS

Elemento opcional, elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome específico, devidamente numeradas, acompanhado do respectivo número da página. Esta folha deve conter o título (Lista de tabelas), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024. A lista de tabelas deverá ser separada por capítulos.

1.12 LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Elemento opcional, que consiste na relação alfabética das abreviaturas e siglas utilizadas no texto, seguidas das palavras ou expressões correspondentes grafadas por extenso. Esta folha deve conter o título (Lista de abreviaturas e siglas), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024.

A abreviatura é a redação gráfica de um nome ou de uma seqüência de nomes, resultando em um outro único nome conciso com o mesmo significado.

É necessário que, antes da primeira aparição no texto de uma abreviação ou sigla, se coloque por extenso o nome ou seqüência de nomes que a originou, colocando o nome abreviado entre parênteses. Em seguida, deve-se usar sempre a sigla ou abreviação. Deve-se evitar, todavia, a utilização de siglas ou abreviaturas nos títulos.

1.13 LISTA DE SÍMBOLOS

Elemento opcional, que deve ser elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com o devido significado. Esta folha deve conter o título (Lista de símbolos), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024.

1.14 RESUMO

Esta folha deve conter o título (Resumo), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024, sendo elemento obrigatório, escrito em português, em parágrafo único, de forma concisa e objetiva dos pontos relevantes, de forma estruturada, fornecendo a essência do estudo. O resumo deve conter no máximo 500 palavras, espaço simples entre linhas, seguido, logo abaixo, das palavras representativas do conteúdo do trabalho, isto é, palavras-chave e/ou descritores, conforme a ABNT NBR 6028. Estes descritores devem ser integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet (<http://decs.bvs.br>). Todas as palavras-chave necessitam serem separadas entre si e finalizadas por ponto (ABNT - NBR 6028).

1.15 ABSTRACT

Esta folha deve conter o título (Abstract), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024, sendo elemento obrigatório, escrito em inglês, com as mesmas características do resumo na língua vernácula. O resumo deve conter no máximo 500 palavras e espaço simples entre linhas. Deve ser seguido das palavras representativas do conteúdo do trabalho, isto é, palavras-chave e/ou descritores, na língua.

2 TEXTUAIS

2.1 APRESENTAÇÃO

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.3 CAPÍTULO SOBRE MÉTODOS

2.4 ARTIGO(S) ORIGINAL(IS)

2.5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

3 PÓS-TEXTUAIS

APÊNDICES

Textos ou documentos elaborados pelo autor da dissertação/tese com a finalidade de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho. Esta folha, elemento opcional, deve conter o título (Apêndice), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024.

O (s) apêndice (s) é identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos. Excepcionalmente utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos apêndices, quando esgotadas as 23 letras do alfabeto.

Exemplo:

APÊNDICE A – Avaliação numérica de células inflamatórias totais aos quatro dias de evolução

APÊNDICE B – Avaliação de células musculares presentes nas caudas em regeneração

ANEXOS

Texto ou documento não elaborado pelo autor e que serve de fundamentação, comprovação ou ilustração. Esta folha, elemento opcional, deve conter o título (Anexo), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024.

O (s) anexo (s) são identificados por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos. Excepcionalmente utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos anexos, quando esgotadas as 23 letras do alfabeto.

Exemplo:

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Documentação de encaminhamento do artigo 2º ao periódico

SOBRE AS REFERÊNCIAS

As referências relativas a apresentação e ao capítulo da revisão de literatura deverão seguir as normas da ABNT (Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual). Esta folha, elemento obrigatório, deve conter o título (Referências), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024. As referências são alinhadas à esquerda, devendo seguir as normas da ABNT NBR 6023).

Sempre procurar consultar os textos originais. Quando não, indicar isto claramente, colocando na bibliografia a referência citada, em seguida a palavra “apud” e depois a referência fonte. Procurar evitar “APUD” o mais possível.

As referências dos capítulos que foram/irão ser enviados para publicação (artigo de revisão da literatura e artigos originais) seguirão as normas padronizadas pelo periódico.

Estas referências deverão constar no disquete a ser entregue. Veja sessão seguinte, capítulo 8.

III. REGRAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

1. Formato

Os textos devem ser apresentados em papel branco, formato A4 (21 cm x 29,7 cm), digitados ou datilografados na frente das folhas, com exceção da folha de rosto cujo verso deve conter a ficha catalográfica, impressos em cor preta, podendo utilizar outras cores somente para as ilustrações.

O projeto gráfico é de responsabilidade do autor do trabalho.

Recomenda-se, para digitação, o texto na cor preta, sendo que as gravuras podem ser de cores livres. A fonte Times New Roman, tamanho 12 para todo o texto, excetuando-se as citações de mais de três linhas, notas de rodapé, paginação e legendas das ilustrações e das tabelas que devem ser digitadas em tamanho menor e uniforme.

No caso de citações de mais de três linhas, deve-se observar também um recuo de 4 cm da margem esquerda.

O alinhamento para o texto é justificado.

2 Margem

As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 cm; direita e inferior de 2 cm.

3 Espacejamento

Todo o texto deve ser digitado ou datilografado com espaço 1,5, excetuando-se as citações de mais de três linhas, notas de rodapé, referências, legendas das ilustrações e das tabelas, ficha catalográfica, natureza do trabalho, objetivo, nome da instituição a que é submetida e área de concentração, que devem ser digitados ou datilografados em espaço simples. As referências, ao final do trabalho, devem ser separadas entre si por dois espaços simples.

Os títulos das seções devem começar na parte superior da mancha e ser separados do texto que os sucede por dois espaços 1,5, entrelinhas. Da mesma forma, os títulos das subseções devem ser separados do texto que os precede e que os sucede por dois espaços 1,5.

Na folha de rosto e na folha de aprovação, a natureza do trabalho, o objetivo, o nome da instituição a que é submetido e a área de concentração devem ser alinhados do meio da mancha para a margem direita.

4 Notas de rodapé

As notas devem ser digitadas ou datilografadas dentro das margens, ficando separadas do texto por um espaço simples de entrelinhas e por filete de 3 cm, a partir da margem esquerda.

5 Indicativos de seção

O indicativo numérico de uma seção precede seu título, alinhado à esquerda, separado por um espaço de caractere.

6 Paginação

Todas as folhas do trabalho, a partir da folha de rosto, devem ser contadas sequencialmente, mas não numeradas.

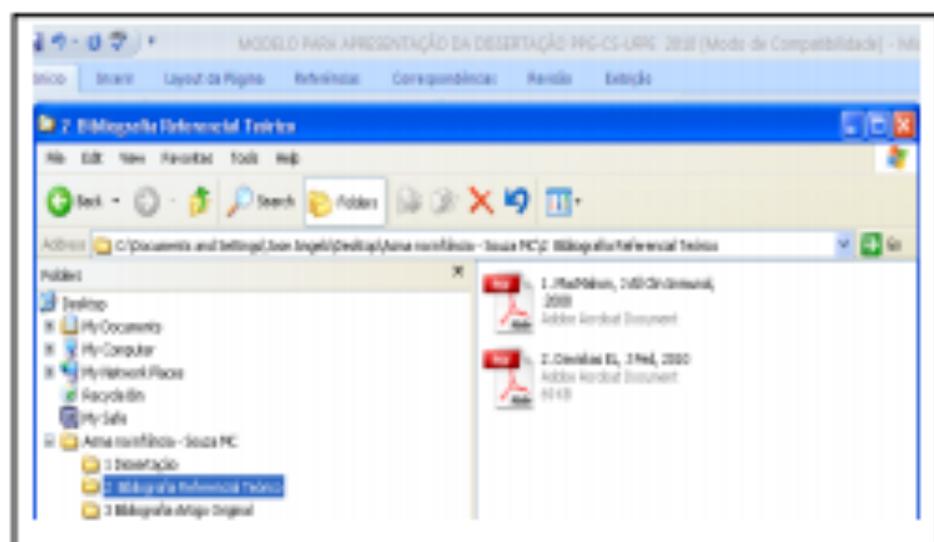
A numeração é colocada, a partir da primeira folha da parte textual, em algarismos arábicos, no canto superior direito da folha, a 2 cm da borda superior, ficando o último algarismo a 2 cm da borda direita da folha. Havendo apêndice e anexo, as suas folhas devem ser numeradas de maneira contínua e sua paginação deve dar seguimento à do texto principal.

7 Numeração progressiva

Para evidenciar a sistematização do conteúdo do trabalho, deve-se adotar a numeração progressiva para as seções do texto. Os títulos das seções primárias, por serem as principais divisões de um texto, devem iniciar em folha distinta. Destacam-se gradativamente os títulos das seções, utilizando-se os recursos de negrito, itálico ou grifo e redondo, caixa alta ou versal, e outro, conforme a ABNT NBR 6024, no sumário e de forma idêntica, no texto.

8 Da entrega do documento de dissertação

O documento de dissertação (segundo as normas descritas acima) deverá ser entregue em duas vias impressas e em CD. No CD devem constar o texto da dissertação em formato Word MS Office, em pasta específica (veja exemplo abaixo), e a bibliografia de cada capítulo (documento original em pdf), separada em pastas por capítulo. Em cada pasta a bibliografia deverá estar ordenada de acordo com a numeração em que aparece na sessão de bibliografia do capítulo correspondente, seguida do nome do autor, do nome da revista abreviado conforme aparece no PubMed e ano de publicação (veja exemplo abaixo). Cada avaliador deverá receber um exemplar da dissertação impresso e um CD idêntico ao citado acima – isto facilita seu trabalho!



Consultar também

Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias
São Paulo – 2005

Disponível em :

http://www.fm.usp.br/gdc/docs/biblioteca_83_manual-final-web.pdf

ANEXO G – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA COGITARE ENFERMAGEM

Cogitare Enfermagem

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

Atualizado em março de 2013

1- INFORMAÇÕES GERAIS

O manuscrito submetido à Cogitare Enfermagem passa por um processo de análise, em duas etapas distintas, após ser-lhe atribuído um protocolo numérico de identificação, o qual é informado ao autor correspondente.

O relator do manuscrito realiza a análise da observação das Normas da Revista (apresentação e documentação), utilizando o instrumento próprio de avaliação e, se necessário, o manuscrito é devolvido aos autores para adequações. Uma vez adequado, o manuscrito é encaminhado para dois consultores *ad hoc* para a análise do texto e do conteúdo, juntamente com o instrumento próprio de avaliação. Se houver discordância entre os pareceres dos consultores, o manuscrito é enviado a um terceiro consultor.

O relator do manuscrito gerencia o fluxo entre os consultores e o autor correspondente. Durante todo o processo de avaliação (*peer review*) é omitida a identificação dos consultores e dos autores.

Durante o processo de análise e antes do envio do manuscrito para a publicação, o autor correspondente pode retirar o manuscrito, mediante solicitação formal e assinada por todos os autores.

Após a análise dos pareceres e da versão final, o manuscrito poderá ser Recusado ou Aceito, de acordo com a deliberação do Conselho de Editoração, sendo o resultado comunicado ao autor correspondente pelo e-mail informado na submissão.

Em caso de aceite para publicação os autores deverão comprovar o depósito da Taxa de Publicação de R\$ 250,00.

Os documentos de manuscritos cancelados ou recusados não permanecerão arquivados, os documentos de artigos publicados ficarão arquivados por cinco anos a contar do ano de sua publicação.

Cabe ao Conselho de Editoração a composição dos volumes para a publicação.

2- NORMAS EDITORIAIS

As normas da Cogitare Enfermagem estão baseadas no documento “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas” do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org/>)

O manuscrito deve destinar-se, exclusivamente, à Cogitare Enfermagem, não devendo ser submetido a outro periódico, à exceção de resumos ou relatórios publicados em reuniões científicas.

Os autores são responsáveis por declarar conflitos de interesse, apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal, relacionados ao estudo; e por agradecimentos.

Os conceitos, opiniões e conclusões emitidos nos artigos, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho de Editoração.

A publicação do manuscrito dependerá do cumprimento das normas da revista e da apreciação pelo Conselho de Editoração, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias.

Em acordo com a Licença *Criative Commons CC BY-NC-AS 2.5* (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/>) - Atribuição não comercial, a qual a Cogitare Enfermagem adota, é permitido acessar, fazer *download*, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir artigos publicados, desde que citados os autores e a fonte. Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista Cogitare Enfermagem, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais.

Artigos de pesquisas clínicas devem informar o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico validado pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>).

3- CATEGORIA DE ARTIGOS

Editorial - Limite máximo de 2 páginas

Matéria de responsabilidade do Conselho de Editoração.

Artigos originais - Limite máximo de 15 páginas

Estudo relativo à pesquisa científica inédita e concluída. Inclui: Introdução e Objetivos; Método; Resultados; Discussão; Conclusão ou Considerações Finais.

Revisão - Limite máximo de 15 páginas

Avaliação crítica sistematizada da literatura a respeito de tema específico. Inclui: Introdução; Método - incluindo o tipo de revisão realizada; Análise dos resultados; Conclusão ou Considerações Finais.

Reflexão - Limite máximo de 8 páginas

Texto reflexivo ou análise de temas que contribuam para o aprofundamento do conhecimento relacionado à área da saúde. Inclui: Procedimentos adotados; Delimitação do tema.

Atualização - Limite máximo de 5 páginas

Texto descritivo e interpretativo, com fundamentação teórica sobre a situação global de determinado tema.

Relato de experiência/caso - Limite máximo de 8 páginas

Relato de experiência, acadêmica ou profissional, relevante para a área da saúde.

Carta ao Editor - Limite máximo de 1 página

Comentário de artigo recentemente publicado na Cogitare Enfermagem, pesquisa ou achado científico relevante para a área da saúde.

4- NORMAS PARA A APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

4.1 FORMATAÇÃO

- Digitado em formato “.doc”.
- Tamanho A4, com 2,5 cm nas quatro margens.
- Redigido em ortografia oficial, fonte Times New Roman, tamanho 12. Para citação direta com mais de 3 linhas usar fonte 10.
- Espaço duplo entre linhas no texto, inclusive no resumo.
- Espaço simples para título, nomes dos autores, citação direta com mais de três linhas e depoimento.
- As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez.
- Palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido deverão estar em itálico.
- Para as notas de rodapé, a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

4.2 SEQUÊNCIA DO TEXTO E CONTEÚDO

PRIMEIRA PÁGINA (PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO)

Esta página é considerada para fins de contagem do número total de páginas do manuscrito e deve conter as seguintes informações na sequência a seguir apresentada:

TÍTULO

- Deve ser conciso e refletir a ideia principal do manuscrito, com no máximo 16 palavras e excluindo a localização geográfica da pesquisa ou abreviações.
- Digitado em caixa alta, negrito, espaço simples, centralizado.
- Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, monografia ou disciplina de programa de pós-graduação deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página.

AUTORIA

- Limitado a seis autores.
- Nomes completos e a primeira letra de cada nome em caixa alta; nomes dos autores separados por vírgula; espaço simples entre linhas.
- Nomes apresentados imediatamente abaixo do título, alinhados à direita e numerados com algarismos arábicos sequenciais e sobrescritos.
- Em nota de rodapé, na primeira página, devem constar as informações correspondentes a cada autor: formação, maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição à qual está vinculado, endereço completo, telefone e e-mail. É importante informar se pertence a grupo de pesquisa e programa de pós-graduação.

Exemplo: Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Líder do Grupo de Estudos Multidisciplinar em Saúde do Adulto – GEMSA.

CATEGORIA DO ARTIGO

- Informar a categoria do manuscrito (Item 3 das instruções para autores).

AUTOR CORRESPONDENTE

- Informar o nome, telefone e e-mail do autor correspondente.
- Autor correspondente é aquele para o qual a Cogitare Enfermagem encaminhará os comunicados a respeito do processo de análise do manuscrito. É responsável por representar os demais autores quanto às alterações no texto, fluxo do manuscrito e aceite formal da versão final do manuscrito para publicação.
- O nome do autor correspondente constará como tal por ocasião da publicação do artigo. É sua responsabilidade comunicar à Cogitare Enfermagem qualquer mudança no endereço e/ou problemas com o e-mail a fim de evitar atrasos no processo de análise do manuscrito.

SEGUNDA PÁGINA E SUBSEQUENTES (CORPO DO MANUSCRITO)

As palavras “Resumo”, “Introdução”, “Método” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em caixa alta, negrito e alinhadas à esquerda do texto

TÍTULO

- Repetir o título apresentado na primeira página e com a mesma formatação.

RESUMO

- Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido, contendo resumo informativo.

- Incluir, de forma não estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Para artigos originais, por exemplo, inclui objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusão.
- O resumo deve explicitar a observação de princípios éticos.
- Não é necessário incluir o resumo em outro idioma, somente naquele em que o manuscrito foi redigido. Posteriormente, se aprovado para publicação, a Cogitare Enfermagem se responsabilizará pela tradução do resumo.

DESCRITOR

- Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste.
- Limitados de 3 a 5, separados por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta. Espaço simples entre linhas

Exemplo: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem.

- Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde – DECS (<http://decs.bvs.br>); também poderão ser usados descritores do Medical Subject Headings – MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

INTRODUÇÃO

- Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

- Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

- Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

RESULTADOS

- Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve somente complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

DISCUSSÃO

- Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

REFERÊNCIAS

- Limite máximo de 30 referências. Sugere-se incluir as estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando incluir número excessivo de referências em uma mesma citação. Exclusivamente para Artigo de Revisão não há limite quanto ao número de referências.
- As referências devem ser atuais e pertinentes à temática abordada; deve ser evitado incluir número excessivo de referências em uma mesma citação.
- Recomenda-se citação de publicações da Cogitare Enfermagem, preferencialmente na versão eletrônica.
- As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecerem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências. Em caso de ilustrações, devem ser observadas as orientações do item 5.3.

4.3 ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

- Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).
- São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos
- Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

- A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

- As ilustrações devem ser designadas como Figuras, exceto para Tabela e Quadros.

Tabelas e quadros

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.
- Devem ser indicados no texto, inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98 ou compatíveis.
- O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, separado por ponto final do nome da cidade e ano das informações resultantes de pesquisa. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, 2010

- Os títulos das colunas devem ser curtos; quando abreviados devem constar por extenso na legenda.

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.
- Devem ser indicadas e apresentadas no texto e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.
- O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade e ano das informações. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, 2011

- Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas.

4.4 ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

Citação indireta ou paráfrase

- Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes⁽¹⁾.

Citação sequencial/intercalada

- Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: ⁽⁸⁻¹⁰⁾ - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

- Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: ^(8,10) - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

Citação direta com até três linhas

- Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: ^(8:13) – a informação se refere à referência 8, página 13.

Citação direta com mais de três linhas

- Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Times New Roman 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

- O número e página correspondentes à citação diretal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: ^(8:345-9) - o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

Depoimento

- A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Times New Roman 12, itálico, espaço simples entre linhas, sem aspas.

- Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico. A identificação do sujeito deve ser codificada, entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] *é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém, é o ato de se comunicar [...].* (Familiar 2)

4.5 ORIENTAÇÕES PARA REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o *site*: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Os títulos dos periódicos devem estar abreviados e de acordo com informação na página oficial eletrônica do periódico ou no Catálogo Coletivo Nacional (www.ccn.ibict.br/busca.jsf).

ARTIGO

Autoria Pessoal com até Seis Autores

Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Modesto AP, Borghi ACS. O sistema de conhecimento e de cuidado dos idosos em hemodiálise concernente a terapia medicamentosa. *Cogitare enferm.* 2008;13(2):165-72.

Autoria Pessoal com mais de Seis Autores

Leopardi MT, Capella BB, Rodrigues E, Faraco MM, Schimitz LM, Souza LA, et al. Construção e implementação de modelo informatizado do trabalho de enfermagem para a qualidade da assistência. *Texto contexto-enferm.* 2002;11(1):274-8.

Autoria de Organização

European Society of Hypertension (ESH), European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens.* 2007;25:1105-87.

Autoria Pessoal e de Organização

Margulies EH, Blanchette M, NISC Comparative Sequencing Program, Haussler D, Green ED. Identification and characterization of multi-species conserved sequences. *Genome res.* 2003;13(12):2507-18.

Sem Indicação de Autoria

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325(7357):184.

Com Sub-título

Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Cienc. saude colet.* 2005;10(4):23-46.

Com números em Algarismos Romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002;16(2):iii-v.

Volume com Suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Número com Suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Volume ou Número com Partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int. j. psychoanal.* 2002;83(Pt 2):491-5.

Número Considerado no Todo

Pediatric Critical Care Medicine. Society for Critical Care Medicine. Hagerstown (MD) 2003;4(2).

Número Especial

Cruz EDA, Moreira I, Quiquio ZF. Prevenção de infecções associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. *Cogitare enferm.* 2000;5(n.esp):46-55.

Artigo sem Número e/ou Volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin. orthop. relat. res.* 2002;(401):230-8.

Artigo Indicado de Acordo com a Categoria da Publicação

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. Eur. respir. j. 2002;20(1):242.

Lacerda MR. A prática profissional de enfermagem nos aspectos sociais e políticos [editorial]. Cogitare enferm. 2006;11(1):7.

Artigo Publicado Eletronicamente antes da Versão Impressa

Ferreira HS, Luciano SCM. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoas. Rev. Saúde Públ. [Internet]. [acesso em 08 mar 2010]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010005000001&lng=pt. Publicado 26 fev 2010.

Artigo no Prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J. bras. pneumol. No prelo 2009.

Artigo publicado na Internet

Roehrs H, Maftum MA, Stefanelli MC. A comunicação terapêutica sustentando a relação interpessoal entre adolescente e professor do ensino fundamental. Online Braz J Nurs. [Internet] 2007;6(3) [acesso em 30 out 2006]. Disponível: <http://www.uff.brobjnnursing/index.php/nursing/articleviewArticle/j.1676-4285.2007.1>

Artigo Provido de DOI

Castillo BAA, Marziale MHP, Castillo MMA, Facundo FRG, Meza MVG. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso em 11 nov 2009];16(n.esp). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700002&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692008000700002.

LIVRO

Livro Padrão

Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB; 2001.

Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro)

Nascimento SR, Meier MJ. Uma visão tecnológica do exame físico. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadores. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 57-76.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro)

Veronesi R. Doenças infecciosas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso. p. 32-4.

Livro cujo Autor é Editor ou Organizador

Lefréve F, Lefréve AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson RM, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference, 1989. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.

Livro com Autor Cooperativo

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). População recenseada e estimada, segundo os municípios de São Paulo em 2007. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.

Livro com Indicação de Tradutor

Teorias de enfermagem. Trad. de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Livro com Data Desconhecida ou Estimada

Marcuzzi A. Alimentazione: risorse e possibilità. Bologna: Malipiero S.p.A; [data desconhecida]. 72 p.

Livro na Internet

Killings DB, ed. Anglo-Saxon chronicle [Internet]. Berkeley: Berkeley Digital Library; 1995 July [acesso em 03 nov 1998] Disponível: www.sunsite.berkeley.edu.

Parte de Livro em Internet

MedlinePlus health topics [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Alzheimer's disease [acesso em 29 dez 2009]; [aproximadamente 8 p.]. Disponível: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html>

Livro de Série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

Livro Eletrônico, CD, DVD

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Texas Heart Institute. Aortic valve replacement [CD-ROM]. West Hartford (CT): ORlive; c2005. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

Maftum MA, Reichembch MT, Canabrava DS, Sanglard TS. O cuidado à saúde de familiares de pessoas em sofrimento mental [CD-ROM]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.

TESE E DISSERTAÇÃO*

Wyatt TH. Pilot testing Okay with Asthma(TM): a digital story for psychosocial asthma management [dissertation]. Charlottesville (VA): University of Virginia; 2003. 109 p. Disponível: <http://okay-with-asthma.org/>.

Maftum MA. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

Kalinowski CE. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

*Dar preferência para artigos derivados do estudo

RELATÓRIO

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

JORNAL

Chiaradia T. Obesidade e câncer de mama: uma relação perigosa. 2007. [acesso em 20 out 2008]. Disponível: <http://dietaja.uol.com.br/Edicoes/154/artigo67009-1.asp>

Inscrições para o Enem podem ser feitas. Folha de S. Paulo [Internet] São Paulo; 2001 [acesso em 17 abr 2001]. Disponível: www.uol.com.br/folha/ (14 Mar 2001).

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

LEGISLAÇÃO

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei n. 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, [Internet] 05 jan 1994 [acesso em 08 mar 2009]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado;1988.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 agosto 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002.

HOME PAGE

Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [Internet]. Belo Horizonte: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; [acesso em 13 dez 2005]. Critério de Classificação Econômica Brasil; [3 telas]. Disponível: <http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf>

Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 Jan 1 [atualizada em 08 jul 2006; acesso em 23 fev 2007]. Disponível: <http://bama.ua.edu/~jhooper/>

BASE DE DADOS

Haynes RB, Mcdonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

TRABALHO APRESENTADO E PUBLICADO EM EVENTO

Souza SRRK, Fiewski MFC, Reisdorfer MCT. A gestante trabalhadora em enfermagem: um estudo ergonômico da atividade. In: 1º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem; 2003 Ago. p. 7-9; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn; 2003.

TRABALHO APRESENTADO EM EVENTO E NÃO PUBLICADO

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: Desafios para a Saúde Pública; 20 set 1994; Rio de Janeiro, Brasil].

DOCUMENTOS DIVERSOS

Verbetes de Dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Apostila e Similares

Rodrigues JG. Orientação à pesquisa bibliográfica. Rio de Janeiro; 2002. [apostila da disciplina Orientação à Pesquisa Bibliográfica - Curso de Pós-Graduação - Instituto Oswaldo Cruz].

Documento publicado na Internet

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

5- NORMAS PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito pode ser submetido ao Sistema Eletrônico de Revistas – SER no site www.ser.ufpr.br/cogitare uma única vez.

Após a conferência do artigo e da documentação, se houver alguma pendência, a revista solicitará a correção. Caso a solicitação de adequação não seja atendida no prazo estabelecido a submissão será cancelada.

5.1 TAXA DE SUBMISSÃO

Os autores deverão recolher a **Taxa de Submissão de R\$ 150,00** por meio de depósito bancário.

FUNDAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CNPJ: 78.350.188/0001-95

BANCO ITAÚ (Número do Banco 341) – Número da Agência 4012

NUMERO DA CONTA 11691-1

Não será devolvida a Taxa de Submissão para os manuscritos cancelados ou não aceitos para publicação.

5.2 DOCUMENTOS PARA SUBMISSÃO

Check-list

Check-list de submissão preenchido (ver modelo ao final do texto).

Documento de Submissão do Manuscrito

Este documento inclui a declaração de responsabilidade, de transferência de direitos autorais, de participação no manuscrito e de conflito de interesses.

Deve ser preenchido individualmente e assinado por todos os autores (ver modelo ao final do texto).

Cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Para artigo de pesquisa que envolva seres humanos, enviar cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do protocolo, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação do país de origem do manuscrito.

Comprovante do depósito da Taxa de Submissão**6- NORMAS APÓS ACEITE DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO**

A Cogitare Enfermagem encaminhará ao Autor Correspondente a versão final do artigo. Este é responsável por consultar os demais autores e manifestar o aceite da versão final para publicação.

O autor correspondente deverá enviar a Cogitare Enfermagem o recibo de depósito da **Taxa de Publicação única no valor de R\$ 250,00**.

FUNDAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CNPJ: 78.350.188/0001-95

BANCO ITAÚ (Número do Banco 341) – Número da Agência 4012

NUMERO DA CONTA 11691-1

As solicitações de correções, após a publicação eletrônica do artigo, deverão ser encaminhadas no prazo de 15 dias da publicação.

7- ASSINATURA ANUAL

A taxa de assinatura não é condição para publicação na revista Cogitare Enfermagem.

A taxa de assinatura da Cogitare Enfermagem para o ano de 2013 é:

PESSOA FÍSICA – Assinatura anualR\$ 150,00

PESSOA JURÍDICA – Assinatura anualR\$ 300,00

Os assinantes deverão preencher o Cadastro de Assinante e recolher a Taxa de Assinatura Anual por meio de depósito bancário, e enviar o comprovante de pagamento juntamente com o cadastro para o e-mail cogitare@ufpr.br

FUNDAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CNPJ: 78.350.188/0001-95

BANCO ITAÚ (Número do Banco 341) – Número da Agência 4012

NUMERO DA CONTA 11691-1

8- MODELOS DE DOCUMENTOS

8.1 CHECKLIST

Título do Artigo:

CHECKLIST DE SUBMISSÃO À COGITARE ENFERMAGEM	Sim	Não	Não se aplica
Documentação			
Documentos de submissão do manuscrito individual e assinado			
Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com nº de protocolo			
Número de identificação da pesquisa clínica informado			
Categoria do artigo			
Atualização - limite de 5 páginas			
Artigo original/Revisão - limite de 15 páginas			
Carta ao editor - limite de 1 página			
Reflexão/Relato de experiência - limite de 8 páginas			
Formatação geral			
Digitado em formato ".doc"			
Tamanho A4, com 2,5cm nas quatro margens			
Redigido na ortografia oficial, fonte <i>Times New Roman</i>			
Itálico para palavras de idioma diferente do manuscrito			
Fonte tamanho 12 no corpo do manuscrito			

Fonte tamanho 10 para citação direta com mais de 3 linhas			
Espaço duplo entre linhas no corpo do manuscrito			
Nota de rodapé, a partir da segunda página, está com os símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc			
PRIMEIRA PÁGINA (IDENTIFICAÇÃO)			
Título			
Título com no máximo 16 palavras, sem localização geográfica e abreviações			
Digitado em caixa alta, negrito, centralizado, espaço simples			
Autoria			
Máximo de seis autores			
Nome completo imediatamente abaixo do título, espaço simples e alinhado à direita do texto			
Numerados com algarismo arábico sequencial e sobrescrito			
Informações correspondentes a cada autor (formação e maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição à qual está vinculado, endereço completo, telefone e e-mail) no rodapé			
Categoria do artigo			
Informada a categoria do artigo			
Autor correspondente			
Indicação e nome completo do autor correspondente, endereço completo, telefone e e-mail			
SEGUNDA PÁGINA E SUBSEQUENTES (CORPO DO MANUSCRITO)			
Título			
Título com no máximo 16 palavras, sem localização geográfica e abreviações			
Digitado em caixa alta, negrito, centralizado, espaço simples			
Resumo			
Limite máximo de 150 palavras, abaixo do título e no mesmo idioma deste, espaço duplo entre linhas			
Descritor			
Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste			
Mínimo de 3 e máximo de 5 e de acordo com o DeCS/MeSH			
Separados por ponto e vírgula, a primeira letra de cada descritor em caixa alta			

Sessões do corpo do manuscrito			
Palavras que iniciam as sessões apresentadas em caixa alta, negrito e alinhadas à esquerda do texto			
Resultados e discussão apresentados separadamente			
Ilustrações			
Máximo de 5 ilustrações, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, com título			
Nota explicativa quando aplicável e abaixo da ilustração			
Fonte informada após a ilustração e consta nas referências			
Tabelas e Quadros			
Indicados no corpo do texto, com a primeira letra maiúscula			
Dimensão máxima de 22 cm (altura) x 16,5 cm (largura)			
Título imediatamente acima, separado por ponto final do nome da cidade e ano. Cidade e ano separados por vírgula, sem ponto final			
Títulos de cada coluna curtos (se abreviados, constam na legenda imediatamente abaixo do quadro ou tabela)			
Tabela desenhada com a ferramenta apropriada do Microsoft Word			
Figuras			
Indicadas no corpo do texto e anexadas em arquivo separado			
Formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi			
Dimensão máxima de 22 cm (altura) x 16,5 cm (largura)			
Título imediatamente abaixo da figura, separado por ponto do nome da cidade e ano. Cidade e ano separados por vírgula e sem ponto final			
Citações			
Número da referência imediatamente ao término do texto, entre parênteses sobrescrito e antes do sinal gráfico			
Citações não revelam os nomes dos autores			
Citações diretas com o número da referência e página entre parênteses, sobrescrito, separados por dois pontos			
Citação sequencial tem números separados por traço			
Citações intercaladas têm números separados por vírgula			
Citações diretas com até 3 linhas inseridas no corpo do parágrafo, entre aspas			

Citações diretas com mais de três linhas estão em novo parágrafo, recuo de 4 cm, alinhadas à direita, fonte 10, espaço simples, sem aspas			
Depoimento			
Em novo parágrafo, fonte 12, itálico, espaço simples, sem aspas			
Comentários do autor entre colchetes, sem itálico			
Identificação do sujeito codificada, entre parênteses, sem itálico, separada do depoimento por ponto, e sem ponto final			
Referências			
Estão citadas no texto de forma consecutiva			
Estão identificadas com números arábicos, entre parênteses e sobrescritos			
Não há espaço entre a referência sobrescrita e o texto			
A Cogitare Enfermagem está citada			
Possui limite de 30 referências, estão de acordo com o modelo Vancouver			
Os 6 primeiros autores estão citados			
Os títulos dos periódicos estão abreviados de acordo com o IBCT			
A fonte está informada completa e corretamente			
Está em espaçamento duplo entre linha, fonte 12			

8.2 DOCUMENTO DE SUBMISSÃO

Eu, _____ autor do manuscrito “ _____”, declaro que minha contribuição foi:

_____ concepção e planejamento do projeto de pesquisa

_____ coleta e/ou análise e interpretação dos dados

____ redação do manuscrito

____ revisão do manuscrito

____ outra (especificar)

Declaro que se trata de manuscrito original e que esta versão, integral ou parcial, não foi publicada ou está sendo considerada para publicação em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico.

Declaro que os direitos autorais referentes ao manuscrito quando publicado se tornarão propriedade exclusiva da Cogitare Enfermagem.

Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os participantes do estudo.

Declaro não haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações*.

Confirmo que as pessoas que contribuíram neste manuscrito, mas que não atendem aos critérios para autoria, foram mencionadas nos agradecimentos. As pessoas ou organizações citadas nos agradecimentos permitiram por escrito a referida menção.

Declaro que, caso seja solicitado, estou à disposição para fornecer dados sobre os quais o manuscrito está fundamentado, para exame do Conselho de Editoração.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do autor

*Em caso de haver conflito de interesses financeiro e/ou de afiliações, este item deve ser suprimido deste texto e informado no corpo do manuscrito, de acordo com as Normas para Publicação de Artigos da Cogitare Enfermagem.

8.3 CADASTRO DE ASSINANTE 2013

NOME: _____ CPF: _____

PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO COMERCIAL: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____ PAÍS: _____

TELEFONE COMERCIAL: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____ PAÍS: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ TELEFONE CELULAR: _____

E-MAIL: _____

Assinatura do Autor

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Verificar o preenchimento do check-list de submissão, conforme as instruções para publicação constantes no item Diretrizes para Autores. Para acessar as diretrizes e o check-list, [clique aqui](#)

Declaração de Direito Autoral

A Cogitare Enfermagem adota a Licença *Creative Commons*, CC BY-NC Atribuição não comercial (resumo ou código completo da licença). Com essa licença é permitido acessar, fazer *download*, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à Cogitare Enfermagem, não sendo, nesses casos, permissão por parte dos autores ou dos editores.

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada pelos autores.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

ANEXO H – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM



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

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo do artigo](#)
- [Exemplos de referências](#)
- [Ensaio clínico randomizados, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de relevância, interesse, qualidade e originalidade. A revista recebe artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor, sendo prioritários os Originais. Sua periodicidade é bimestral e os números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares, preservado o anonimato dos autores e revisores.

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto.

Assim como o ICMJE e a Rede EQUATOR, a RLAE defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa por meio do estímulo à utilização de guias internacionais pelos autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas disponíveis nas declarações CONSORT, PRISMA, STROBE e COREQ.

. Ensaio clínico randomizado - CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

. Revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

. Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE ([checklist](#))

. Estudos qualitativos - COREQ ([checklist](#)).

A RLAE desencoraja fortemente a submissão artigos multipartes e resultados parciais de

uma mesma pesquisa, bem como a submissão de artigos cujos dados foram coletados há mais de 3 anos.

Categorias de artigos

Artigos originais

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

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

Artigos de revisão

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

Cartas ao Editor

Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

Processo de julgamento

Os artigos submetidos, se encaminhados de acordo com as normas de publicação, são enviados à pré-análise do Editor Científico Chefe e, posteriormente, ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as

justificativas apresentadas pelos mesmos.

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

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

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada pelos autores (Download no site da revista). Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à RLAE. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Custos de publicação

Os custos de publicação na RLAE são compostos pelo pagamento da taxa de submissão e dos serviços de tradução para a publicação em três idiomas.

Taxa de submissão

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação por pares, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores.

Valor: R\$150,00

Forma de pagamento: depósito bancário

Banco do Brasil

Favorecido: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CNPJ: 01.084.089/0001-84

Agência: 2665-4

Conta Corrente: 29.701-1

As orientações de como enviar o comprovante de pagamento da taxa de submissão estão descritas em Preparo do artigo.

Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original é traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

Preparo do artigo

Estrutura

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Papel

- . A4
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

Quantidade de páginas

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)

Formatação

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas
- . Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

Título

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Negrito
- . Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

Resumo

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância

na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico* devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas inter

nacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
- . Redigido em um único parágrafo
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- . Até 200 palavras

Descritores

- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de [Descritores em Ciências da Saúde](#) ou [Mesh](#)
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: excessivas subseções, subseções com nomes extensos e em itálico, marcadores do MS Word

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Resultados

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

Tabelas

Título informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição "do que / de quem"
- . de acordo com "o que" ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade.

Fortaleza, CE, Brasil, 2010

. Localizado acima da tabela

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word
- . Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

Formatação não permitida

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter
- . Recuos utilizando a tecla Tab
- . Espaços para separar os dados
- . Caixa alta
- . Sublinhado
- . Marcadores do MS Word

- . Cores nas células

Cabeçalho

- . Negrito
- . Sem células vazias

Tamanho

- . Evitar tabelas com mais de uma página
- . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Quantidade

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Notas de rodapé

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

Figuras

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

- . Localizado abaixo da figura

Quadros

- . São semelhantes as tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Gráficos

- . Não devem repetir os dados representados nas tabelas
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Desenhos, esquemas, fluxogramas

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
- . Lógicos e de fácil compreensão
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Tamanho máximo de 16x10cm

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Fotos

. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)
 . Plenamente legíveis e nítidas
 . Tamanho máximo de 16x10cm
 . Em preto e branco e não em cores
 . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Quantidade

. Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

. Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1

Inserção no texto

. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Siglas

. Restritas ao mínimo necessário
 . Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Formato e resolução para publicação

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

Citações no texto

Formatação

. Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12)
 . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência

Citações de referências sequenciais

. separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9)

Citações de referências intercaladas

. separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14), (10,12,15)

Local de inserção

. quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações "ipsis literes"

. entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.

Itens não permitidos

. espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
 . indicação da página consultada
 . nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico
 . citações nas Conclusões

Siglas

. No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem
 . Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡
 . Não são permitidas no título do artigo e no resumo

Falas de sujeitos

. Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto
 . Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé

. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário
 . Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.
 . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Referências

. Estilo Vancouver
 . Artigos Originais: até 25 referências
 . Artigos de Revisão: sem limite máximo
 . Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
 . Referências da RLAE citadas em inglês

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 - Artigo padrão

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

2 - Artigo com mais de seis autores

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

3 - Artigo cujo autor é uma organização

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

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

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

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

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

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

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

7- Artigo com indicação de subtítulo

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

8 - Artigo sem indicação de autoria

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

9 - Artigo em idioma diferente do português

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

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

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

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

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre cuidados*

paliativos: revisão bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

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

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

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

13 - Parte de um volume

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

14 - Parte de um número

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

15 - Artigo num fascículo sem volume

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

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

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

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

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

18 - Artigo contendo retratação

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

19 - Artigos com erratas publicadas

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

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

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

21 - Artigo provido de DOI

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

22 - Artigo no prelo

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

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

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

Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

24 - Livro padrão

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care. 8th ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

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

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

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

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

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

29 - Livro com edição

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

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

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

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

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

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

33 - Livro publicado também em um periódico

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

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na

abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

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

37 - Abstract de trabalho de evento

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

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

38 - Dissertação/tese no todo

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

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

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

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

PATENTE

40 - Patente

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

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

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

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

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

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

43 - Código legal

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

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na internet

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

45 - Livro na internet com múltiplos autores

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

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Access: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&page=57
National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: http://newton.nap.edu/bo_s/030910078X/html/35.html

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

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

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

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

49 - Monografia na internet

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

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

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

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

50 - Artigo de periódico na internet

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

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

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

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

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

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

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

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

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

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

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

57 - Proceedings de conferência na internet

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

58 - Legislação na internet

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível

em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na *internet*

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

60 - Verbetes de dicionário na *internet*

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster

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

61 - Tese e Dissertação na *internet* (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

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

62 - Homepage na *internet*

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

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

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

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu_lta34002030.htm

64 - Bases de dados na íntegra na *internet*

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

65 - Matéria de jornal na *internet*

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

Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

A RLAE apoia a iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa e, portanto, adota a utilização de guias internacionais que orientam os autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas,

metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaios clínicos randomizados), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos) e seu uso na preparação do artigo pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas e Metanálises

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, preenchê-los e enviá-los à revista no momento da submissão.

Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, não preenchê-los e nem enviá-los no momento da submissão.

Links para download dos checklists e fluxogramas

- . Ensaio clínico randomizado: [checklist](#) e [fluxograma](#) CONSORT em MS Word
- . Revisões sistemáticas e metanálises: [checklist](#) e [fluxograma](#) PRISMA em MS Word
- . Estudos observacionais em epidemiologia: [checklist](#) STROBE em pdf
- . Estudos qualitativos: [checklist](#) COREQ publicado Int. Journal for Quality in Health Care em 2007 em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

Documentos para submissão

Title page

Envio obrigatório para todos os artigos. Fazer o download do modelo no site revista; preenchê-lo cuidadosamente; enviá-lo durante a submissão.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Envio obrigatório para todos os artigos. Fazer o download do modelo no site da revista; digitar o título do artigo e o nome dos autores; imprimi-lo; assiná-lo (todos os autores); escaneá-lo em formato pdf; enviá-lo durante a submissão.

Comprovante de pagamento da taxa de submissão

Envio obrigatório para todos os artigos com exceção dos artigos internacionais (a cobrança da taxa de submissão está temporariamente suspensa para os artigos internacionais devido à limitações nas transações bancárias).

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Envio obrigatório para os estudos que envolveram sujeitos humanos direta ou indiretamente. Escaneá-la em formato pdf; enviá-la durante a submissão.

Checklist e fluxograma CONSORT

Envio obrigatório para os ensaios clínicos randomizados. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis no site da revista; utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

Checklist e fluxograma PRISMA

Envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis no site da revista; utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

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



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

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3602-0518

ANEXO I – Guidelines para estudios cualitativos

The guidelines manual (appendices)

Appendix H Methodology checklist: qualitative studies

The criteria used in this checklist are adapted from:

- The Qualitative Research and Health Working Group, Liverpool School of Tropical Medicine (Bromley H, Dockery G, Fenton C, et al.) *Criteria for evaluating qualitative studies*. www.liv.ac.uk/lstm/download/guidelines.pdf. Accessed 25 August 2003.
- National CASP Collaboration for Qualitative Methodologies. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2002) 10 questions to help you make sense of qualitative research*. Oxford: Public Health Research Unit.

Study identification <i>Include author, title, reference, year of publication</i>			
Checklist completed by:			
Guideline topic:		Key question no:	
Criteria:		How well is this criterion addressed? (Circle one option for each question)	
1 Aims of the research			
1.1	Are the aims and objectives of the research clearly stated?	Clearly described Unclear Not reported	Comments
1.2	Is a qualitative approach appropriate?	Appropriate Unclear Not appropriate	Comments
2 Study design			
2.1	Is (are) the research question(s) clearly defined and focused?	Clearly defined and focused Unclear Not focused Not defined	Comments
2.2	Are the methods used appropriate to the research question(s)?	Appropriate Unclear Inappropriate	Comments
3 Recruitment and data collection			
3.1	Is the recruitment or sampling strategy appropriate to the aims of the research?	Appropriate Unclear Not appropriate	
3.2	Are methods of data collection adequate to answer the research question?	Adequate Not adequate Not reported	Comments
3.3	Are the roles of researchers clearly	Clear	Comments

The guidelines manual (appendices)

	described	Unclear Not reported	
3.4	Have ethical issues been addressed adequately?	Adequate Unclear Not adequate	Comments
4 Data analysis			
4.1	Is the data analysis sufficiently rigorous?	Rigorous Not rigorous	Comments
5 Findings/interpretation			
5.1.	Are the findings internally coherent, credible (valid)?	Valid Unclear Potential bias	Comments
5.2	Are the findings relevant?	Relevant Unclear Limited relevance	Comments
6 Implications of research			
6.1	Are the implications of the study clearly reported?	Clearly reported Unclear	Comments
6.2	Is there adequate discussion of the study limitations?	Adequate Inadequate Not reported	Comments
OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
How well was the study conducted? Code ++, + or -			
Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?			Yes No

H.1 Notes on the use of the methodology checklist: qualitative studies

There is considerable debate over what quality criteria should be used to assess qualitative studies. Quality in qualitative research can be assessed with the same broad concepts of validity and relevance used for quantitative research, but these need to be put in a different contextual framework to take into account the aims of qualitative research.

This qualitative checklist is designed for people with a basic understanding of qualitative research methodology, and is based on the broadly accepted principles that characterise qualitative research and that may affect its validity. The following notes provide hints for completing the checklist. A list of publications on qualitative research is provided at the end of these notes for further reading on this topic.

H.1.1 Aims of the research

Are the aims and objectives of the research clearly stated?

Hints

- What are the goals of the research?
- Why is it important?
- What is its relevance to the wider body of research and the specific field?

Is a qualitative approach appropriate?

Hints

- Does the research methodology seek to understand or illuminate the subjective experiences or views of research participants?
- Does the research methodology seek to understand WHAT is happening and the reasons WHY observed situations or outcomes occur?

H.1.2 Study design

Is (are) the research question(s) clearly defined and focused?

Hints

- Is (are) the question(s) relevant to the aim of the study?
- Is (are) the question(s) structured in a way that seeks to answer all the objectives of the study?

Are the methods used appropriate to the research question(s)?

Hints

- Is a range of methods used for triangulation, or is use of a single method justified?

The guidelines manual (appendices)

- Has the researcher justified the research design (for example, have they discussed how they decided which methods to use?)

H.1.3 Recruitment and data collection

Is the recruitment or sampling strategy appropriate to the aims of the research?

Hints

- Has the researcher explained how the participants were selected?
- Are the reasons for this choice discussed/compared to other strategies?
- Is it clear why some participants were not selected, or declined to take part?
- Are there details about who was selected and why (consider gender, age, ethnicity, marital status)
- Was the sample sufficient to understand the study context and population?

Are methods of data collection adequate to answer the research question?

Hints

- Is it clear how data was collected (topic, guides checklists, focus groups, semi-structured interviews)?
- Has the researcher justified the methods chosen?
- Are details provided about the methods used (for example for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study, has the researcher explained how, and why?
- Were data collection tools pilot tested?

Are the roles of researchers clearly described?

Hints

- Who conducted the research, how were they selected?
- Are the researchers skills, motives, background, position in terms of power-relations (gender, age, ethnicity, employment relations etc.) and perspective described and discussed?
- Have the researchers critically examined their own role, potential bias and influence during the formulation of the research questions, data collection and sample recruitment?

Have ethical issues been addressed adequately?

Hints

- Are there sufficient details of how the research was explained to the participants?
- Are there details of what consent procedures were used? And how consent was obtained?
- Is it clear how confidentiality and privacy were assured in the study?
- Was approval sought from the ethics committee?

H Methodology checklist: qualitative studies

© National Institute for Health and Clinical Excellence (April 2007)

Page 148 of 187

The guidelines manual (appendices)

H.1.4 Data analysis

Is the data analysis sufficiently rigorous?

Hints

- Is it clear how the researcher processed the raw data to arrive at the stated results?
- Were the categories and themes identified in advance, or derived from the data?
- Are all data taken into account in the analysis?
- Are responses/experiences compared and contrasted across different groups/individuals/study sites?
- Have the researchers critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation?

H.1.5 Findings/interpretation

Are the findings internally coherent, credible (valid)?

Hints

- Are findings drawn from analysis of collected data rather than from the researcher's preconceptions?
- Is there an adequate discussion of the findings both for and against the researchers' arguments?
- Has the research critically reflected on the quality of the data collected and skills of the research team?

Are the findings relevant?

Hints

- Are the findings relevant to the study aims/objectives/questions?
- Is there a discussion about how the research contributes new knowledge or understanding in the field?

H.1.6 Implications of research

Are the implications of the study clearly reported?

Hints

- Are the findings placed in the local context (geographical, cultural, political, socioeconomic)?
- Are the findings discussed in wider context (in relation to other studies on the same topic)?
- Have findings been disseminated to key stakeholders including participants?

Is there adequate discussion of the study limitations?

Hints

- Are the weaknesses of the study design discussed?
- Is there a discussion of new areas where research is needed?

H Methodology checklist: qualitative studies

© National Institute for Health and Clinical Excellence (April 2007)

Page 149 of 187

The guidelines manual (appendices)

++	All or most of the criteria have been fulfilled. Where they have not been fulfilled the conclusions of the study or review are thought very unlikely to alter.
+	Some of the criteria have been fulfilled. Those criteria that have not been fulfilled or not adequately described are thought unlikely to alter the conclusions.
-	Few or no criteria fulfilled. The conclusions of the study are thought likely or very likely to alter.

The code allocated here, coupled with the study type, will decide the level of evidence that this study provides.

Further reading

Barbour RS (2001) Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *British Medical Journal* 322:1115-7.

Mays N, Pope C (2000) Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320:50-2.

Miller G, Dingwall R, editors (1997) *Context and Method in Qualitative Research*. London: Sage.

Seale C, Silverman D (1997) Ensuring rigour in qualitative research. *European Journal of Public Health* 7:379-84.