



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS**

**PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO**  
**TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES**  
**ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL**

**RECIFE**

**2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS**

**PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO  
TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES  
ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de graduação em Fisioterapia.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. PhD. Caroline Wanderley Souto Ferreira**

**Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leila Maria Álvares Barbosa e Suênia Simone de Queiroz.**

**RECIFE**

2023

ARTIGO ORIGINAL

PÁGINA-TÍTULO

**PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS: ESTUDO TRANSVERSAL**

Vanessa V. Freitas<sup>a</sup>, Suênia S. Queiroz<sup>a</sup>, PhD. Cláudia R. O. P. Lima<sup>b</sup>, PhD. Leila M. A. Barbosa<sup>a</sup>, PhD. Caroline W. S. Ferreira<sup>a\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco, CEP 50740-060, Recife, Pernambuco, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Estatística, Universidade Federal de Pernambuco, CEP 50740-540, Recife, Pernambuco, Brasil

\* Endereço postal do autor correspondente: Av. Jorn. Aníbal Fernandes, 173, Cidade Universitária, CEP 50740-060, Recife, Pernambuco, Brasil

\* Endereço de e-mail do autor correspondente: caroline.wanderley@ufpe.br

---

## MANUSCRITO

### RESUMO

*Contexto:* A exacerbação da fadiga materna leva ao prolongamento da primeira fase do trabalho de parto e pretensão da cesariana, o que pode trazer consequências para a saúde materno-fetal. Atualmente, evidências sobre a fadiga materna relacionada ao parto são escassas. No entanto, sua avaliação e identificação precoce são de alta relevância.

*Objetivo:* Avaliar a percepção de fadiga materna e os fatores sociodemográficos, antropométricos e obstétricos associados, no primeiro estágio do trabalho de parto, em gestantes de risco habitual.

*Métodos:* Estudo transversal, realizado com 87 parturientes de uma maternidade pública. A coleta de dados ocorreu entre agosto/2022 e janeiro/2023, por meio de entrevistas presenciais, com aplicação da ficha de avaliação individual e do Questionário de Percepção de Fadiga Materna no Parto. A análise estatística foi realizada através do software SPSS 13.0. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, sendo considerado o nível de significância quando  $p < 0,05$ .

*Resultados:* A prevalência de baixa fadiga materna foi de 54%. Houve associação entre o nível de fadiga materna e não adoção de posturas para alívio da dor ou cansaço no trabalho de parto ( $p=0,017$ ). Não houve associação entre outras variáveis demográficas, antropométricas e obstétricas.

*Conclusão:* A não adoção das posturas para alívio da dor ou cansaço, durante o trabalho de parto, aumenta em 1,73 vezes o risco para alta fadiga materna. Entretanto, novas pesquisas são necessárias nessa área, a fim de melhorar a assistência prestada pelos profissionais de saúde envolvidos na parturição.

*Palavras-chave:* fadiga; primeira fase do trabalho de parto; percepção; saúde.

### INTRODUÇÃO

**Declaração de significância**

<i>Problema</i>	Pesquisas anteriores demonstram lacunas quanto à mensuração acurada e antecipada da fadiga materna, pelos profissionais de saúde, durante o trabalho de parto. A falta de conhecimento sobre os fatores que predispõem à fadiga, pode retardar sua identificação e não prevenir sua piora. Isso pode levar as mulheres ao esgotamento físico e psicológico, dificultando o parto normal e aumentando a procura pela cesariana. Contudo, a realização deste procedimento cirúrgico, sem indicação considerável, oferece riscos ao binômio mãe-filho.
<i>O que já se sabe</i>	Ansiedade, dor e estresse se apresentam de forma isolada ou simultânea no trabalho de parto e influenciam o nível de fadiga materna; sintoma que tem natureza cumulativa e que, quando exacerbado, influencia negativamente o comportamento da parturiente, trazendo desfechos nocivos à genitora e seu concepto.
<i>O que este artigo acrescenta</i>	Evidenciamos a associação entre o nível de fadiga materna e não adoção de posturas para alívio da dor ou cansaço com RR=1,73; IC 95% (1,10–2,73); p=0,017. Nossos resultados servem de base para atualização de protocolos assistenciais em obstetrícia, a fim de reduzir esse sintoma que tem relevância na saúde pública.

A fadiga materna é definida como uma manifestação que afeta o bem-estar das parturientes, envolvendo a percepção de seu estado geral associado às dimensões físicas, emocionais e cognitivas, sendo esta influenciada por fatores que podem ocorrer de forma isolada ou simultânea durante o processo de parturição, como a ansiedade, o estresse, a tocofobia e a longa duração do trabalho de parto[1] - [3].

Por se tratar de um fenômeno acumulativo, a fadiga materna tende a se intensificar à medida que a dilatação cervical aumenta e o trabalho de parto progride, interferindo na capacidade materna de cumprir a difícil tarefa do trabalho de parto, induzindo sua preferência à cesariana e desencadeando ou exacerbando transtornos psicológicos no puerpério, como o estresse pós-traumático[4], [5]. Vale ressaltar também, que muitas mulheres que tiveram experiências negativas em parto anterior, temem que a experiência

se repita, o que afeta significativamente seu planejamento familiar e suas expectativas em futuras gestações[6], [7].

Geralmente, quando avaliam seu processo de parturição, as puérperas levam em consideração a disponibilidade de apoio dos cuidadores, a qualidade de seu relacionamento com eles, sua participação na tomada de decisões e ter experiências que superem suas expectativas [8]. O apoio individual durante o trabalho de parto colabora para redução do medo, do estresse e da dor mediada pela ocitocina. Sobretudo, muitas mulheres relatam que o aconselhamento profissional durante seu trabalho de parto aumenta sua confiança e promove um ambiente seguro[9].

Dessa forma, a avaliação de fadiga materna e possíveis fatores predisponentes é importante para a prática clínica obstétrica, a fim de auxiliar os profissionais de saúde na identificação precoce da exacerbação da fadiga, para redução desse sintoma, e melhoria da assistência às mulheres no trabalho de parto, visando o protagonismo feminino. Por esta razão, este estudo tem como objetivo avaliar a percepção de fadiga materna e os fatores sociodemográficos, antropométricos e obstétricos associados, no primeiro estágio do trabalho de parto, em gestantes de risco habitual.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de agosto/2022 a janeiro/2023, com mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto, internadas em uma maternidade pública de Recife, Pernambuco, Brasil.

O tamanho da amostra foi calculado no programa Open-epi 3.0, a partir de uma frequência de fadiga moderada à grave de 94%[4]. Considerou-se um erro absoluto de 5% e foi obtido um resultado de 87 voluntárias, utilizando um nível de confiança de 95%. O recrutamento foi realizado através de contato verbal e presencial com as mulheres internadas no local do estudo. Com isso, as mulheres que, voluntariamente, demonstraram interesse em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), em caso de menores de idade e seus responsáveis legais.

Foram incluídas no estudo mulheres com: idade gestacional entre 37 e 42 semanas; gestação única e tópica; em fase ativa do trabalho de parto - caracterizado por contrações uterinas dolorosas, regulares, apagamento cervical e dilatação cervical a partir de 5 centímetros[10].

Foram excluídas mulheres com: a) dificuldade de compreensão que impossibilitasse a realização da pesquisa; b) diagnóstico prévio de transtorno psíquico; c) complicações obstétricas no ato da admissão ou ao decorrer da internação, tais como: sofrimento fetal agudo, feto morto, pré-eclâmpsia grave com picos pressóricos e hipoxemia materna; d) uso de analgesia durante o trabalho de parto, até o momento da entrevista; e) condição clínica que apresentasse a fadiga como um sintoma associado, como: fibromialgia, artrite reumatoide, doenças cardiorrespiratórias, síndrome da fadiga crônica e COVID-19.

A variável dependente deste estudo caracterizou-se como a fadiga materna. Enquanto as variáveis independentes adotadas foram: (I) características sociodemográficas: idade materna, escolaridade, estado civil, renda familiar total, naturalidade, ocupação; (II) características obstétricas maternas: Índice de Massa Corpórea (IMC), paridade, idade gestacional; progressão do trabalho de parto, incluindo: dilatação cervical, dinâmica uterina, duração do trabalho de parto; realização de aulas preparatórias para o parto durante o pré-natal; (III) características do trabalho de parto e parto: uso de métodos de indução ao parto (amniotomia, deslocamento digital das membranas ovulares, Krause, misoprostol, ocitocina); acompanhamento com profissional de saúde para realização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (banho quente de aspensão, aromaterapia, técnicas de respiração, exercícios na bola suíça, massagem lombossacral); postura para alívio da dor/cansaço; presença de acompanhante.

Todas as informações foram obtidas através de registros em prontuários clínicos, cartão de pré-natal ou durante entrevistas com as participantes. Com exceção do IMC, que se não identificado nos registros, o peso e a altura maternos foram mensurados pela pesquisadora, durante entrevista, através de balança digital (*marca TECHLINE, modelo TEC-SILVER, com capacidade máxima de 180 quilogramas*) e estadiômetro digital (*marca SESSUN, modelo iFit Digital, com comprimento máximo de 2 metros*), respectivamente.

Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: ficha de avaliação individual, contendo variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas das participantes; e foi aplicado o Questionário de Percepção Materna de Fadiga no trabalho de parto (QMFP), sendo este composto por 15 itens, categorizados em três domínios: (I) fadiga física (9 itens); (II) fadiga psicológica (3 itens); e (III) fadiga emocional (3 itens). O questionário baseia-se em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de: (1) Nem um pouco, (2) um pouco, (3) Mais ou menos, (4) Muito a (5) Extremamente[4].

Durante a obtenção da pontuação final, os itens 4, 5 e 8 do questionário foram interpretados, neste estudo, com os valores invertidos aos apresentados no QMFP, onde, para

essas perguntas, considerou-se as seguintes opções de respostas: (1) Extremamente, (2) Muito, (3) Mais ou Menos, (4) Um pouco (5) Nem um pouco. A pontuação total varia de 15 a 75 pontos, sendo: 15 a 50 pontos interpretado como baixa fadiga e pontuações entre 51 e 75, como alta fadiga[4].

Quanto aos preceitos éticos, as voluntárias participaram da entrevista em ambiente privado, salvo a presença do (a) acompanhante, se aceita. Toda a entrevista foi realizada enquanto a paciente não relatava desconforto, sendo interrompida, se necessário, a fim de evitar inadequação e viabilizar respostas mais confiáveis. Além disso, respeitou-se a autonomia das voluntárias quanto à execução das avaliações neste estudo, como também à desistência de participação em qualquer momento sem que isso gerasse qualquer prejuízo para elas. Como benefício deste estudo, todas as voluntárias receberam uma cartilha de orientações puerperais, com o intuito de favorecer uma boa recuperação e melhor qualidade de vida.

### *Análise Estatística*

A análise estatística foi realizada por meio dos softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 365. Para análise de distribuição dos dados foi realizado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas. As variáveis numéricas contínuas ou discretas foram expressas em média e desvio padrão, representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Enquanto as variáveis categóricas ordinais ou nominais foram expressas em frequências absoluta e relativa.

Através da categorização da amostra em dois grupos (alta e baixa fadiga materna), foi verificada a existência de associação entre fadiga materna e as variáveis quantitativas, utilizando os testes: t de Student, quando distribuição normal; e Mann-Whistney, quando distribuição não-normal. Enquanto, para variáveis categóricas, foram utilizados os testes: Exato de Fisher e Qui-Quadrado, calculando-se também a razão de prevalência com intervalo de confiança. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, sendo considerado o nível de significância quando  $p < 0,05$ . Além disso, todos os resultados foram calculados, levando em consideração respostas válidas, ou seja, não foram contabilizadas as respostas não mensuradas.

## **RESULTADOS**

De 273 mulheres admitidas ao serviço, nos dias de coleta, 99 mulheres foram consideradas elegíveis, sendo 12 excluídas, chegando ao número amostral calculado de 87 mulheres (Figura 1).

FAVOR, INSERIR FIGURA 1 AQUI.

Quanto ao perfil sociodemográfico, a média de idade das mulheres foi de 24,72 anos, sendo a maioria delas procedente da Região Metropolitana do Recife (n=67; 77%), do lar (n=57; 66%), solteiras (n=53; 61%) e com até doze anos de estudo (n=72; 83%). Quanto ao perfil antropométrico, observou-se em média 23,66 Kg/m<sup>2</sup> e 28,01 Kg/m<sup>2</sup>, quanto ao IMC pré-gestacional e IMC gestacional, respectivamente. Desta forma, houve maior prevalência de estado nutricional classificado como adequado em ambas as variáveis (Tabela 1).

FAVOR, INSERIR TABELA 1 AQUI.

Quanto ao perfil obstétrico das participantes, a maioria das mulheres era primípara (n=65; 75%), com idade gestacional média de 39,64±1,1 e não realizou aulas preparatórias para o parto durante o pré-natal (n=83; 95%). Quanto ao trabalho de parto ativo, a dilatação uterina foi, em média, de 7,23±1,0 centímetros; com dinâmica uterina no intervalo de 10 minutos em média de 2,86±0,75 (aproximadamente 3 contrações), com duração média de 33,64±6,6 (aproximadamente 34 segundos), e duração da fase ativa em torno de 4,13±3,5 horas (Tabela 2).

FAVOR, INSERIR TABELA 2 AQUI.

As parturientes, em sua maioria, estavam com acompanhante durante o internamento (n=82; 94%), não utilizaram métodos de indução do trabalho de parto (n=71; 82%) e fizeram uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor (n=60; 69%), sendo predominante o banho quente de aspersão (n=57; 95%). De forma instintiva, a maioria das mulheres adotou alguma postura para alívio da dor ou desconforto durante o trabalho de parto (n=51; 59%), sendo as posturas horizontais (Ginecológica e decúbito lateral esquerdo) mais prevalentes (n=30; 59%) quando comparadas às posturas verticais (n=21; 41%). Além disso, o nível de percepção da fadiga materna foi em média 47,25±9,1, sendo predominante a classificação de mulheres com “baixa fadiga” (n=47; 54%) (Tabela 2).

Observou-se associação entre o nível de fadiga materna e não adoção de postura materna para alívio da dor ou cansaço durante o trabalho de parto ativo: RR=1,73; IC 95% (1,10–2,73); p=0,017 (Tabela 3). Ademais, não houve associação do nível de fadiga materna com as demais variáveis estudadas (idade materna; paridade; aulas preparatórias para o parto durante o pré-

natal; dinâmica uterina em 10 minutos: quantidade e duração das contrações uterinas; duração da fase ativa do trabalho de parto; uso de métodos de indução do trabalho de parto; uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto; e presença de acompanhante) (Tabela 3).

FAVOR, INSERIR TABELA 3 AQUI

## **DISCUSSÃO**

No presente estudo, observou-se maior prevalência de baixa fadiga materna (54%) na primeira fase do trabalho de parto de gestantes de risco habitual. Além disso, houve associação entre o nível de fadiga materna e não adoção de posturas para alívio da dor ou cansaço: RR=1,73; IC 95% (1,10–2,73); p=0,017. Desta forma, o risco de desenvolver alta fadiga materna foi maior para as mulheres que não adotaram posturas para alívio da dor ou cansaço quando comparadas àquelas que adotaram. Ademais, não houve associação do nível de fadiga materna com as demais variáveis estudadas.

A fadiga materna tem característica multidimensional, ou seja, envolve aspectos físicos, psíquicos e emocionais. Durante o trabalho de parto, o estresse, o medo e a ansiedade aumentam o nível de adrenalina no organismo, podendo elevar a intensidade de dor materna. A exacerbção de tais fatores afeta não só o comportamento, mas também, contribui para o desenvolvimento e intensificação da fadiga materna neste processo [11], [12].

Em vista da repercussão negativa da fadiga materna sobre a progressão, segurança e satisfação do trabalho de parto, a literatura atual reforça a importância da assistência humanizada, recomendando aos profissionais de saúde, a predileção por estratégias não-farmacológicas para manejo da dor, do estresse emocional e da ansiedade materna, através de posicionamento analgésico espontâneo, de escolha da parturiente; terapias manuais, imersão em água quente, suporte emocional e apoio social [13] - [15].

Quanto ao posicionamento materno, sabemos que a verticalização no trabalho de parto pode favorecer sua progressão, em vista do estímulo à contratilidade uterina e consequente descida fetal, com menor duração da primeira fase do trabalho de parto[16]. No entanto, levando em consideração que o processo de parturição pode ser exaustivo, o repouso materno também é importante, a fim de prevenir a exacerbção da fadiga materna no trabalho de parto.

O posicionamento materno de repouso durante o trabalho de parto deve ser escolhido pela mulher, podendo este ser vertical ou horizontal, a depender da segurança fetal e da

tolerância, do conforto e da satisfação maternas. No entanto, vale ressaltar que a posição horizontal mais recomendada é o decúbito lateral esquerdo, visto que promove melhor oxigenação fetal, por descompressão da veia cava inferior, quando comparada ao decúbito lateral direito; e está associado à menor intensidade de dor em região lombar, quando comparada ao decúbito dorsal (posição ginecológica), devido à menor sobrecarga de peso fetal sobre a coluna materna[17].

Diante do exposto, nesse estudo, de forma instintiva, a maioria das participantes adotou alguma postura para alívio da dor ou cansaço durante o trabalho de parto (58,6%), sendo as posturas maternas horizontais mais prevalentes (58,8%), em especial o decúbito lateral esquerdo, o que corrobora a literatura atual [17], e pode estar associado à percepção de baixa fadiga materna relatada pelas parturientes desse estudo.

Como visto anteriormente, além do posicionamento materno, o Ministério da Saúde também destaca como estratégias não-farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto: o apoio social, caracterizado como um tipo de suporte emocional, e assegurado pela Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, que garante o direito ao acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Nesse estudo, a maioria das parturientes estavam acompanhadas por alguém de sua confiança (94,3%), o que demonstra que a prática assistencial está em conformidade com a regulamentação de humanização neste aspecto.

Além disso, para manejo da dor durante a primeira fase do trabalho de parto, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam, através de diretrizes assistenciais, o uso de métodos não-farmacológicos, e dentre eles: a imersão em água quente. Afinal, a água quente estimula a vasodilatação com reversão da resposta simpática, melhora a circulação sanguínea, reduz a ansiedade e a dor, aumenta o vínculo entre a gestante e seu acompanhante, diminui a exposição desnecessária aos fármacos e seus efeitos colaterais, contribuindo para menor duração do TP, a partir de melhor adesão e conforto maternos [12].

Diante do exposto, nesse estudo, a maioria das participantes fez uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor (68,9%), sendo o banho quente de aspensão mais utilizado (95%), o que corrobora as práticas de humanização recomendadas pelo Ministério da Saúde e evidências atuais. Essas medidas também podem ter influenciado a percepção de fadiga materna nesse estudo, visto que além de seguros, os métodos não-farmacológicos aumentam a tolerância à dor, promovem autoconfiança e, conseqüentemente, garantem o protagonismo da mulher durante o processo de parturição [18].

Ainda, vale ressaltar que o banho quente de aspensão, que consiste no uso de chuveiro elétrico e permite maior mobilidade materna, trata-se de uma estratégia alternativa à técnica de

imersão em água, geralmente em banheira, recomendado pela OMS. Afinal, são escassas as maternidades públicas de Pernambuco que detém estrutura física com banheira, o que reflete a necessidade de redesenho das unidades de assistência ao parto, para prestação de assistência humanizada adequada.

Outros fatores podem estar relacionados à exacerbação da fadiga materna durante o TP, como a paridade e a duração da fase ativa do trabalho de parto [19]. Sabe-se que a fadiga materna tem natureza cumulativa, ou seja, quanto maior a duração do TP, maior o nível de fadiga materna, e vice-versa. Com isso, quando comparadas às múltíparas (duração média de 5h de TP), sugere-se que as primíparas apresentem maior intensidade do nível de fadiga, pois, geralmente, apresentam maior duração do TP ativo (média de 8h) [15].

Nesse contexto, um estudo prospectivo desenvolvido em Taiwan, envolvendo 209 gestantes de risco habitual, mostrou que as primíparas apresentaram um risco 4,8 vezes maior de desenvolver alta fadiga, pois, sua duração total do TP (fase latente até dilatação completa) foi significativamente maior quando comparada às múltíparas[20]. Entretanto, em nosso estudo, embora a maioria das gestantes sejam primíparas (74,7%), houve maior prevalência de baixa fadiga materna. Isso pode ser justificado porque, em nosso estudo, foi mensurada a duração da fase ativa do trabalho de parto, de forma parcial, apenas até o momento da entrevista (duração média de  $4,13 \pm 3,5$  h; com dilatação uterina de  $7,23 \pm 1,0$  centímetros), o que pode influenciar a relação dos resultados obtidos.

Estudos sugerem ainda que, a obesidade e o sobrepeso gestacionais podem estar relacionados ao prolongamento do trabalho de parto, o que pode acarretar a fadiga materna [21]. No presente estudo, apesar de maior prevalência de parturientes com estado nutricional adequado (IMC gestacional de  $28,01 \text{ Kg/m}^2$ ), o que poderia influenciar a percepção de baixa fadiga materna, não é possível supor de forma fidedigna, visto que a duração do TP não foi mensurada em sua totalidade para correlação estatística.

Como limitação do nosso estudo, destacamos a mensuração parcial da duração do trabalho de parto, o que sugerimos acrescentar para pesquisas futuras, atrelado às variáveis: intensidade de dor, via de nascimento, ansiedade, tocofobia e atuação da assistência pré-natal na preparação para o parto.

## **CONCLUSÃO**

Parturientes de risco habitual apresentaram prevalência de baixa fadiga materna (54%), que foi associada à adoção de postura. As mulheres que não adotaram posturas, para alívio da

dor ou cansaço, durante o trabalho de parto, tiveram um risco 1,73 vezes maior de desenvolver alta fadiga materna. Não houve associação com as demais variáveis estudadas. Todavia, novas pesquisas ainda são necessárias nessa área, a fim de estabelecer estratégias obstétricas eficazes para redução da fadiga materna.

## **DECLARAÇÃO ÉTICA**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 60499622.5.0000.5208), em 16 de julho de 2022, respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **FINANCIAMENTO**

Nenhum declarado.

## **CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES**

VF, LB, CF conceberam e planejaram o estudo, incluindo todos os métodos, ferramentas e processos de coleta de dados. VF realizou a coleta de dados. VF, CL, SQ, e CF fizeram todo o gerenciamento, limpeza e análise dos dados; VF e SQ escreveram o primeiro rascunho do artigo; VF, SQ e CF contribuíram extensivamente para as revisões do artigo e discussão das análises, apresentação dos dados e conclusões. CF assumiu a responsabilidade científica geral.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Nenhum declarado.

## **AGRADECIMENTOS**

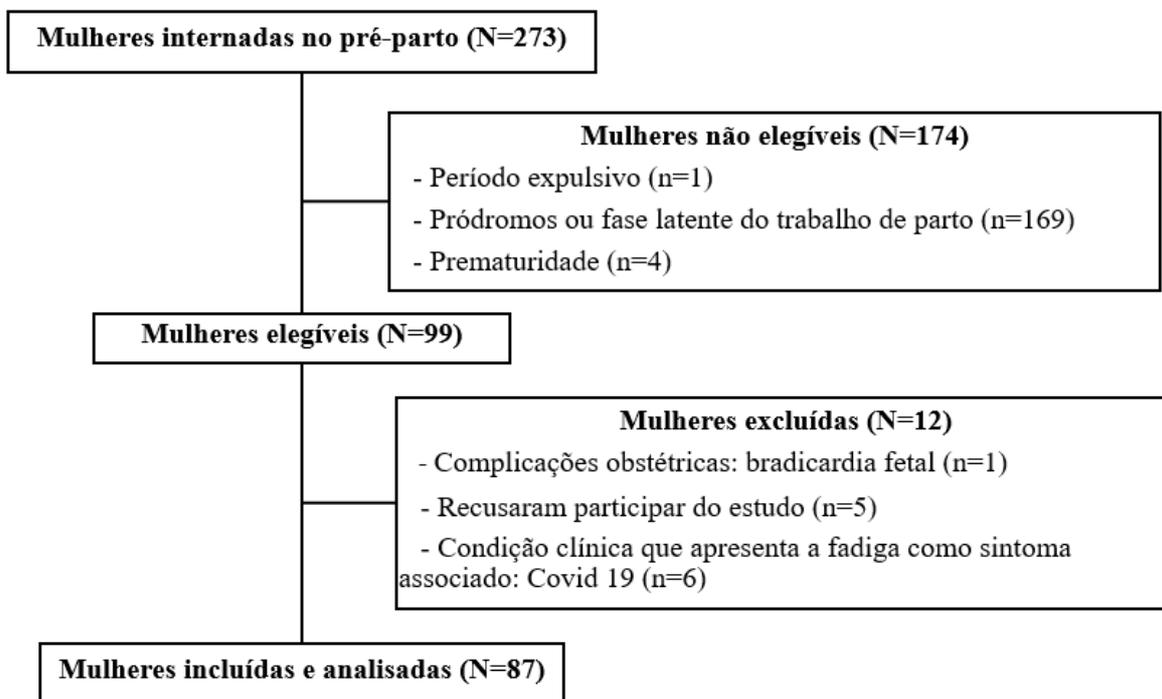
Os autores gostariam de agradecer a contribuição dos professores Andrea Lemos, Diego Dantas e Taís Arcanjo para a revisão e aperfeiçoamento do estudo; bem como, à instituição e à equipe de profissionais de saúde do serviço em que ocorreu a coleta de dados. E, agradecemos a todas as participantes que responderam à pesquisa.

## **REFERÊNCIAS**

[1] NANDA Internacional, Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018/2020. Artmed, Porto Alegre (2018).

- [2] R. S. F. Mello, S. F. Toledo, A. B. Mendes, C. R. Melarato, D. S. F. De Mello, Medo do parto em gestantes Fear of childbirth among pregnant women, *FEMINA* 49 (2021) 121–128.
- [3] Dokuhaki, F. Dokuhaki, M. Akbarzadeh, The relationship of maternal anxiety, positive and negative affect schedule, and fatigue with neonatal psychological health upon childbirth, *Contracept Reprod Med* 6 (2021).
- [4] A. Delgado, Análise das propriedades de medida do Questionário de Percepção Materna de Fadiga no trabalho de Parto (QMFP), Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) (2018).
- [5] Moghaddam Hosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth* (2018) 254–262.
- [6] H. Wigert *et al.*, Women’s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies, *Int J Qual Stud Health Well-being* 15 (2020).
- [7] L. J. Travanca, O. M. da C. Vargens, Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa, *Revista de Enfermagem da UFSM (REUFSM)* 10 (2020) 1–24.
- [8] L. F. De Graaff, A. Honig, M. G. Van Pampus, C. A. I. Stramrood, Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review, *Acta Obstet Gynecol Scand* 97 (2018) 648–656.
- [9] I. Olza *et al.*, Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth,” *PLoS One* 15 (2020).
- [10] J. Streibel, A. J. Trapani, *Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2018).
- [11] C. C. Liao, S.-H. Lan, Y.-Y. Yen, Y.-P. Hsieh, S.-J. Lan, Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis,” *J Obstet Gynaecol (Lahore)* (2020).
- [12] K. C. Coelho, I. M. da S. Rocha, A. L. da S. Lima, Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto, *Revista Científica de Enfermagem (Recien)* 7 (2017) 14–21.
- [13] ACOG, Abordagens para limitar a intervenção durante o trabalho de parto, *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* (2019).
- [14] S. Gizzo, S. Di Gangi, M. Noventa, V. Bacile, A. Zambon, G. B. Nardelli, Women’s choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy, *Biomed Res Int* (2014).
- [15] BRASIL, *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*. Brasília: Ministério da Saúde (2017). [Online]. Available: <http://conitec.gov.br/>

- [16] C. I. T. Amaro, H. Dias, M. J. de O. Santos, P. A. de A. B. Nelas, E. de C. Coutinho, Benefícios da verticalização do parto, *International Journal of Developmental and Educational Psychology (INFAD)* 1 (2021) 489–502.
- [17] A. B. B. Silva, N. B. P. da Silva, Posições de parto e a sua influência no alívio da dor: uma revisão integrativa, *Revista Ciências da Saúde* 1 (2019).
- [18] C. B. Santos, R. G. Marçal, A. Voltarelli, R. P. de M. Silva, R. Sakman, Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal, *Global Academic Nursing Journal* 1 (2020).
- [19] Y.-L. Tzeng, Y.-L. Yang, P.-C. Kuo, Y.-C. Lin, S.-L. Chen, Pain, anxiety, and fatigue during labor: A prospective, repeated measures study, *Journal of Nursing Research* 25 (2017) 59–67.
- [20] Y.-L. Tzeng, Y.-M. Y. Chao, S.-Y. Kuo, Y. K. Teng, Childbirth-related fatigue trajectories during labour, *J Adv Nurs* 63 (2008) 240–249.
- [21] Silva, Jean Carl, *et al.* Obesidade materna e suas consequências na gestação e no parto: uma revisão sistemática / Maternal obesity and its consequences in pregnancy and birth outcomes: a systematic review. *Femina* 42 (2014) 135-140.



**Figura 1. Fluxograma das participantes do estudo**

**Tabela 1****Características sociodemográficas e antropométricas das participantes (N = 87)**

	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Idade materna</b> (em anos)	---	24,72 (5,7)
<b>Estado civil</b>		
Solteira	53 (61)	---
Casada	11 (13)	---
Divorciada	2(2)	---
União estável	21 (24)	---
<b>Anos de estudo</b>		
Até 9 anos de estudo	14 (16)	---
Até 12 anos de estudo	72 (83)	---
≥ 15 anos de estudo	1 (1)	---
<b>Renda familiar</b>		
< 2 salários mínimos	70 (80)	---
≥ 2 e < 3 salários mínimos	13 (15)	---
≥ 3 salários mínimos	4 (5)	---
<b>Ocupação</b>		
Do lar	57 (66)	---
Agricultora	1 (1)	---
Estudante	12 (14)	---
Outros	17 (19)	---
<b>Naturalidade</b>		
Região metropolitana do recife	67 (77)	---
Interior pernambucano	15 (17)	---
Outros estados	5 (6)	---

## VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

<b>Peso</b> (em quilogramas)	---	71,20 (11,8)
<b>Altura</b> (em metros)	---	1,59 (0,06)
<b>IMC pré-gestacional</b> (quilograma por metro quadrado) <sup>a</sup>	---	23,66 (5,1)
Baixo peso	11(14)	---
Adequado	39 (50)	---
Sobrepeso	20 (25)	---
Obesidade	9 (11)	---
<b>IMC gestacional</b> (quilograma por metro quadrado) <sup>b</sup>	-	28,01 (4,7)
Baixo peso	23 (28)	---
Adequado	27 (32)	---
Sobrepeso	24 (29)	---
Obesidade	9 (11)	---

---

Notas: (a) n = 79, pois 8 participantes não souberam responder ou não foi identificada a medida de peso pré-gestacional em prontuário; (b) n = 83, pois 4 participantes não souberam responder e/ou se recusaram à medição de peso ou altura, no momento da entrevista.

**Tabela 2**  
**Características obstétricas das participantes (N = 87)**

	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Paridade</b>	---	0,97 (1,1)
Primípara	65 (75)	---
Múltipara	22 (25)	---
<b>Aulas preparatórias para o parto</b>		
Sim	4 (5)	---
Não	83 (95)	---
<b>Idade gestacional (em semanas)</b>	---	39,64 (1,1)
<b>Duração da fase ativa do trabalho de parto (em horas)</b>	---	4,13 (3,5)
<b>Dinâmica uterina</b>		
<b>Quantidade de contrações uterinas em dez minutos</b>	---	2,86 (0,75)
<b>Duração das contrações uterinas (em segundos)</b>	---	33,64 (6,6)
<b>Dilatação uterina (em centímetros)</b>	---	7,23 (1,0)
<b>Uso de métodos de indução ao trabalho de parto</b>		
Não	71 (82)	---
Sim	16 (18)	---
<b>Métodos de indução ao trabalho de parto</b>		
Misoprostol	4 (25)	---
Ocitocina	8 (50)	---
Amniotomia	3 (19)	---
Ocitocina e amniotomia	1 (6)	---
<b>Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor</b>		
Não	27 (31)	---
MNF isolado <sup>a</sup>	36 (41)	---

MNF associados <sup>a</sup>	24 (28)	---
<b>Métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados</b>		
Banho quente de aspersão	34 (56)	---
Exercício na bola suíça	1 (2)	---
Massagem lombossacral	1 (2)	---
Banho quente de aspersão e exercícios na bola suíça	5 (8)	---
Banho quente de aspersão e aromaterapia	7 (11)	---
Banho quente de aspersão e massagem lombossacral	6 (10)	---
Exercícios na bola suíça e massagem lombossacral	1 (2)	---
Banho quente de aspersão, massagem lombossacral e exercícios na bola	1 (2)	---
Banho quente de aspersão, aromaterapia e exercícios na bola suíça	1 (2)	---
Banho quente de aspersão, aromaterapia e massagem lombossacral	3 (5)	---
<b>Adoção de posturas de alívio para dor ou cansaço</b>		
Não	36 (41)	---
Sim	51 (59)	---
<b>Posturas de alívio para dor ou cansaço</b>		
Ginecológica	7 (14)	---
Decúbito lateral esquerdo	23 (45)	---
Ortostatismo	10 (19)	---
Banqueta	1 (2)	---
Quatro apoios	2 (4)	---
Cócoras	2 (4)	---
Sedestação	6 (12)	---
<b>Presença de acompanhante</b>		

Sim	82 (94)	---
Não	5 (6)	---
<b>Nível de percepção de fadiga materna<sup>b</sup></b>	---	47,25 (9,1)
<b>Classificação do nível de fadiga materna<sup>b</sup></b>		
Baixa fadiga (15 a 50 pontos)	47 (54)	---
Alta fadiga (51 a 75 pontos)	40 (46)	---

---

Notas: (a) MNF – Métodos Não-Farmacológicos; (b) Aplicação do Questionário de Fadiga Materna no Trabalho de Parto

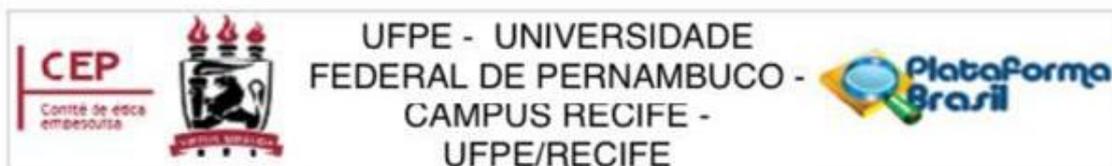
**Tabela 3****Associação entre o nível de fadiga materna no trabalho de parto e as características demográficas e obstétricas das participantes (N = 87)**

	Alta fadiga materna	Baixa fadiga materna	RP <sup>a</sup>	IC95% RP <sup>b</sup>	p-valor
	n (%)	n (%)			
Idade materna em anos – Média (DP)	25,1 (6,0)	24,4 (5,6)	---	---	0,552 <sup>d</sup>
Duração da fase ativa do trabalho de parto em horas – Mediana (P <sub>25</sub> ; P <sub>75</sub> )	3,0 (2,0; 4,0)	3,0 (2,0; 6,0)	---	---	0,598 <sup>e</sup>
Quantidade de contrações uterinas em 10 minutos – Mediana (P <sub>25</sub> ; P <sub>75</sub> )	3,0 (3,0; 3,0)	3,0 (2,0; 3,0)	---	---	0,179 <sup>e</sup>
Duração das contrações uterinas em segundos – Mediana (P <sub>25</sub> ; P <sub>75</sub> )	35,0 (30,0; 40,0)	33,0 (30,0; 35,5)	---	---	0,530 <sup>e</sup>
<b>Aulas preparatórias para o parto</b>					
Sim	1 (25)	3 (75)	1,00	---	0,621 <sup>f</sup>
Não	39 (47)	44 (53)	1,88	0,34 – 10,42	
<b>Adoção de postura para alívio da dor ou cansaço materno</b>					
Sim	18 (35)	33 (65)	1,00	---	<b>0,017<sup>g</sup></b>

Não	22 (61)	14 (39)	1,73	1,10 – 2,73	
<b>Presença de acompanhante</b>					
Sim	39 (48)	43 (52)	1,00	---	0,369 <sup>f</sup>
Não	1 (20)	4 (80)	0,42	0,07 – 2,46	
<b>Paridade</b>					
Primíparas	29 (45)	36 (55)	0,89	0,54 – 1,47	0,661 <sup>g</sup>
Múltíparas	11 (50)	11 (50)	1,00	---	
<b>Uso de métodos de indução do trabalho de parto</b>					
Sim	7 (44)	9 (56)	0,94	0,51 – 1,73	0,843 <sup>g</sup>
Não	33 (46)	38 (54)	1,00	---	
<b>MNF para alívio da dor<sup>c</sup></b>					
MNF isolado	18 (50)	18 (50)	1,20	0,68 – 2,13	0,803 <sup>g</sup>
MNF associados	10 (42)	14 (58)	1,00	---	
Não utilizaram	12 (44)	15 (56)	1,07	0,57 – 2,01	

Notas: (a) RP – Razão de prevalência; (b) IC95%RP – Razão de prevalência com intervalo de confiança a 95%; (c) MNF – Método Não-Farmacológico; (d) Teste t Student, (e) Teste Mann-Whitney; (f) Teste Exato de Fisher, (g) Teste Qui-Quadrado

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS - ESTUDO TRANSVERSAL

**Pesquisador:** Caroline Wanderley Souto Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 60499622.5.0000.5208

**Instituição Proponente:** Departamento de Fisioterapia - DEFISIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.539.702

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Trabalho de conclusão de curso (TCC) para obtenção do título de graduação em fisioterapia apresentado à Universidade Federal de Pernambuco. Sob a orientação da professora PhD. Caroline Wanderley Souto Ferreira e coorientação da professora Dra. Leila Maria Álvares Barbosa.

Será estudo transversal realizado em uma maternidade municipal do Recife. As participantes serão convidadas a partir de contato verbal presencial; selecionadas mediante espontaneidade e responderão o Questionário de Percepção Materna de Fadiga no Trabalho de Parto (QFMP), composto por quinze itens divididos em três categorias. Calcula-se um tamanho amostral de 87 voluntárias.

#### Objetivo da Pesquisa:

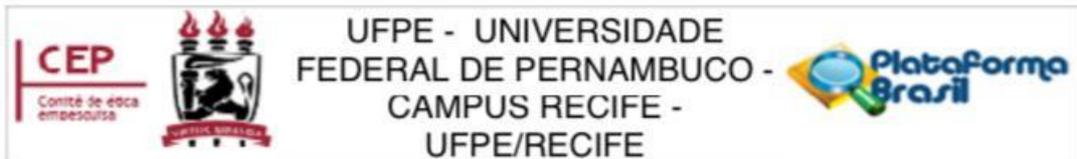
GERAL

Avaliar o nível de percepção da fadiga materna em gestantes de baixo risco durante o primeiro estágio do trabalho de parto e os seus fatores associados.

#### ESPECÍFICOS

• Descrever o perfil epidemiológico das parturientes no primeiro estágio do TP;

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.539.702

- Avaliar se o nível de fadiga materna está associado às seguintes variáveis:
  - Idade materna;
  - Índice de Massa Corpórea (IMC);
  - Paridade;
  - Idade Gestacional;
  - Duração do trabalho de parto, até o momento da entrevista;
  - Realização de aulas preparatórias para o parto durante o pré-natal;
  - Acompanhamento com profissional de saúde para realização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, até o momento da entrevista;
  - Uso de métodos de indução do parto (amniotomia, deslocamento digital das membranas ovulares, sonda de foley, misoprostol e ocitocina), até o momento da entrevista;
  - Presença de acompanhante.

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

Riscos:

Os possíveis riscos às participantes desta pesquisa serão os referentes ao desrespeito a sua confidencialidade e privacidade que estarão resguardados pelas medidas de controle propostas.

Benefícios:

Os resultados deste estudo favorecem o desenvolvimento de novas condutas terapêuticas para controle da fadiga materna e, portanto, contribuem para prevenção da incidência de cirurgia cesariana e morbimortalidade materno-neonatal, garantindo um impacto positivo na saúde pública.

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

Encontra-se na literatura, estudos que avaliaram a fadiga materna a partir de instrumentos não validados para o contexto de parturição. Entretanto, o questionário QMFP representa uma ferramenta confiável para avaliar o nível de fadiga materna durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Portanto, o resultado obtido com a aplicação desse questionário permite a elaboração de intervenções mais precisas para controle desse sintoma que representa um problema de saúde pública, visto que sua presença está associada a morbimortalidade do binômio mãe-bebê.

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.539.702

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

Todos os termos encontram-se em conformidade com as exigências do CEP.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

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

Protocolo Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO, com autorização para iniciar a coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em [www.ufpe.br/cep](http://www.ufpe.br/cep) para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada com a devida justificativa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1937007.pdf	05/07/2022 14:25:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	05/07/2022 14:24:22	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	05/07/2022	VANESSA	Aceito

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)

Continuação do Parecer: 5.539.702

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14:24:00	VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tcc.pdf	05/07/2022 14:23:35	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.pdf	04/07/2022 22:30:59	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Outros	curriculo_assistente.pdf	02/07/2022 13:01:36	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Outros	curriculo_orientadora.pdf	02/07/2022 13:00:37	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Outros	curriculo_coorientadora.pdf	02/07/2022 12:57:39	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	02/07/2022 11:27:13	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/06/2022 06:32:22	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito
Declaração de concordância	carta_anuencia.pdf	05/06/2022 10:28:48	VANESSA VASCONCELOS DE FREITAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 22 de Julho de 2022

**Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

## ANEXO B – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA



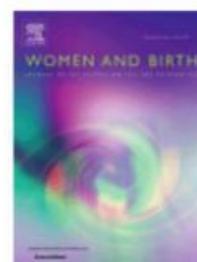
### WOMEN AND BIRTH

Journal of the Australian College of Midwives (ACM)

#### AUTHOR INFORMATION PACK

#### TABLE OF CONTENTS

• Description	p.1
• Impact Factor	p.2
• Editorial Board	p.2
• Guide for Authors	p.3



ISSN: 1871-5192

#### DESCRIPTION

**Women and Birth** is the official journal of the Australian College of Midwives (<http://www.midwives.org.au/>). It is a midwifery journal that publishes on all matters relating to pregnancy, birth, and the first six weeks post-partum. All papers must draw from, and contribute to, the relevant contemporary research, policy and/or theoretical literature. We focus on primary research papers, systematic reviews and research-informed and critiqued discussion papers. While we are based in Australia, our Editorial Board is multi-national and we welcome papers from all over the world. All papers should reflect our global perspective and reach. Articles are double blind peer-reviewed by experts in the field of the submitted work.

Our woman-centred focus is inclusive of the partner, wider family, fetus and newborn, and covers both healthy and complex pregnancies and births. We recognise that individuals have diverse gender identities. Terms such as *pregnant person*, *childbearing people* and *parent* can be used to avoid gendering birth, and those who give birth, as feminine. However, because women are also marginalised and oppressed in most places around the world, we support use of the terms *woman*, *mother* or *maternity*. When we use these words, it is not meant to exclude those who give birth and do not identify as women. The journal seeks papers that take a woman-centred focus on midwifery practice, research, theory, education, management and leadership, maternity service provision, maternal and newborn health, respectful maternity care, breastfeeding, primary health care and relevant aspects of psychology, sociology, human rights and health economics. We welcome papers from all professional disciplines that are relevant to midwifery practice and the scope of the journal.

Our key readers are midwives, maternity care and neonatal nurses, maternity service managers, providers and users, obstetricians, neonatologists, health sociologists and economists, psychologists with an interest in maternal and infant research and policy makers and researchers from all these areas.

The journal is indexed in PubMed, MEDLINE, Thomson Reuters, Scopus and CINAHL.

The journal is available online to ACM members and is available by separate subscription.

**Open Access** - the journal offers authors the option of making their article freely available to all via the ScienceDirect platform. Authors can only make this choice after receiving notification that their article has been accepted for publication.

## **ClinicalKey Nursing**

Visit our nursing resource, [ClinicalKey Nursing](#)

To purchase books on Midwifery or to browse our comprehensive range of Midwifery titles, please visit us at [www.elsevierhealth.com.au/midwifery](http://www.elsevierhealth.com.au/midwifery).

## **IMPACT FACTOR**

---

2021: 3.349 © Clarivate Analytics Journal Citation Reports 2022

## **EDITORIAL BOARD**

---

### ***Editor-in-Chief***

**Caroline SE Homer AO**, Burnet Institute, Melbourne, Australia

### ***Deputy Editor***

**Linda Sweet**, Western Health - Deakin University, Melbourne, Victoria, Australia

### ***Associate Editors***

**Sara Borrelli**, University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom

**Elaine Burns**, Western Sydney University, Penrith, New South Wales, Australia

**Allison Cummins**, The University of Newcastle, Callaghan, New South Wales, Australia

**Hannah Dahlen, AM**, Western Sydney University School of Nursing and Midwifery Hawkesbury Campus, Richmond, New South Wales, Australia

**Deborah Davis**, University of Canberra Discipline of Midwifery, Canberra, Australian Capital Territory, Australia

**Juan Miguel Martínez Galiano**, University of Jaen, Jaen, Spain

**Andrea Gilkison**, Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand

**Lauren Kearney**, The University of Queensland, Saint Lucia, Queensland, Australia

**Yvonne Kuipers**, Edinburgh Napier University, Edinburgh, United Kingdom

**Kate Levett**, The University of Notre Dame Australia - Sydney Campus Broadway, Sydney, Australia

**Karen Matvienko-Sikar**, University College Cork School of Public Health, Cork, Ireland

**Lois McKellar**, University of South Australia, Adelaide, Australia

**Shahla Meedya**, University of Wollongong, Faculty of Science Medicine and Health, Wollongong, Australia

**Maeve O'Connell**, Fatima College of Health Sciences, Institute of Applied Technology, Abu Dhabi, United Arab Emirates

**Maira Williamson**, Central Queensland University School of Nursing Midwifery and Social Sciences, Noosaville, Queensland, Australia

**Haya Zedan**, Saudi Electronic University, Riyadh, Saudi Arabia

### ***Emeritus Editor-in-Chief***

**Kathleen Fahy**, University of Queensland School of Nursing Midwifery and Social Work, Brisbane, Australia

## GUIDE FOR AUTHORS

---

### *Your Paper Your Way*

We now differentiate between the requirements for new and revised submissions. You may choose to submit your manuscript as a single Word or PDF file to be used in the refereeing process. Only when your paper is at the revision stage, will you be requested to put your paper in to a 'correct format' for acceptance and provide the items required for the publication of your article.

**To find out more, please visit the Preparation section below.**

### *Submission Checklist*

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

### **Ensure that the following items are present:**

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address
- Author's may include their Twitter handles on the Title Page if they wish to.

All necessary files are ready to be uploaded:

Please have the following items ready before you log-on to the system. Every submission, regardless of category, must include the following four items:

- Cover letter
- Author Agreement
- Title page (with Author Details)
- Manuscript (without author details)

Additional files that may be required depending on your manuscript:

- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Response to reviewers (if resubmission)
- Research approach Checklist
- Graphical Abstracts and Highlights files (where applicable)
- Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Please include the details under the headings " Acknowledgement", "Conflict of interest", "Ethical Statement", "Funding" and "Author Contributions" in a separate file and then select the file type as "Author agreement" and upload it to EM during the submission process

For further information, visit our [Support Center](#).

### **BEFORE YOU BEGIN**

Before you start we also suggest you look at the style of language and terminology used in the journal. This Editorial provides some information. [https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(20\)30088-3/fulltext](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(20)30088-3/fulltext)

More details are provided later in these instructions.

First time authors are strongly advised to co-author with an academic supervisor or experienced colleague who has been successful in writing for publication. Articles submitted for review must be original works, and may not be submitted for review elsewhere whilst under review for the Journal.

If a related article, based on the same work, has been submitted or published elsewhere, it must be acknowledged in the cover letter to the editor, added to the end of the cover letter, and referenced in the manuscript.

### **Considerations specific to types of research designs**

Manuscripts must adhere to recognised reporting guidelines relevant to the research design. Please upload the appropriate and completed Reporting Guideline Checklist during your manuscript submission process.

*Observational cohort, case control and cross sectional studies* - STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology [STROBE Checklist](#)

*Quasi-experimental/non-randomised evaluations* - TREND - Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/trend/>

*Randomised (and quasi-randomised) controlled trial* - CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

*Study of Diagnostic accuracy/assessment scale* - STARD - Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>

*Systematic Review of Controlled Trials* - PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

*Systematic Review of Observational Studies* - MOOSE - Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiology/>

Reporting the range of methods used to improve healthcare - SQUIRE - Standards for Quality Improvement Reporting Excellence [SQUIRE Checklist](#)

Qualitative researchers are encouraged to consult the guideline listed below:

*Qualitative research* - SRQR - Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations [SRQR Checklist](#)

*Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* [MMAT](#)

### **Human and animal rights**

Ethics in Research - Note that research studies that do not have ethical approval prior to being conducted will not normally be published. We will consider publication, however, if the relevant Institutional Ethics Committee provides you with a letter saying that they do not normally provide ethical approval for studies such as the one you conducted. See Cope Guidelines at: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>

For Human Research please consult the National Health and Medical Research Council's (NHMRC) research ethics guidelines: <https://www.nhmrc.gov.au/research/responsible-conduct-research/summary-national-statement-content>

For research involving humans, please address the ethical aspects of the research in the Methods section. State clearly that the subject gave freely informed consent and, if in dependent relationships with members of the research team, issues of perceived coercion must be addressed. To clarify, women and their families, and students are in dependent relationship with researchers and must not be directly approached by the research team to give consent on-the-spot. Participating or not participating in the research must not disadvantage participants in a dependent relationship. Any benefit for participating must not constitute a financial inducement. Participant anonymity must be preserved, unless express written approval to use identifying data is provided. The author must retain written consents, or evidence that such consents have been obtained, must be provided to Elsevier on request.

Authors who have written permission from unmasked people appearing in photographs must submit the person/s permission/s online during the manuscript submission process. For more information, please review the *Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals*, <https://www.elsevier.com/patient-consent-policy>. Unless you have written permission from the person (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any person included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

The guidelines for the humane treatment of ANIMALS in research are found here: <https://www.nhmrc.gov.au/health-ethics/animal-research-ethics>

### **Ethics in Publication**

The journal follows the Committee of Publication Ethics (COPE) guidelines and requests authors to familiarise themselves with these guidelines at: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>. A few issues that authors need to pay particular attention to are set out below.

It is ethically questionable to break up or segment data from a single study to create different papers for publication – a practice called 'salami slicing'. If the authors have legitimate reasons for reporting separately on different parts of the same study, or the same data set, they should justify that to the editor at the time of submission. Equally, readers need to be aware that different aspects of the same study are being reported, thus the methods section of the submitted manuscript must clearly explain why the submitted paper is justified.

### **Declaration of generative AI in scientific writing**

The below guidance only refers to the writing process, and not to the use of AI tools to analyse and draw insights from data as part of the research process.

Where authors use generative artificial intelligence (AI) and AI-assisted technologies in the writing process, authors should only use these technologies to improve readability and language. Applying the technology should be done with human oversight and control, and authors should carefully review and edit the result, as AI can generate authoritative-sounding output that can be incorrect, incomplete or biased. AI and AI-assisted technologies should not be listed as an author or co-author, or be cited as an author. Authorship implies responsibilities and tasks that can only be attributed to and performed by humans, as outlined in Elsevier's [AI policy for authors](#).

Authors should disclose in their manuscript the use of AI and AI-assisted technologies in the writing process by following the instructions below. A statement will appear in the published work. Please note that authors are ultimately responsible and accountable for the contents of the work.

### **Disclosure instructions**

Authors must disclose the use of generative AI and AI-assisted technologies in the writing process by adding a statement at the end of their manuscript in the core manuscript file, before the References list. The statement should be placed in a new section entitled 'Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process'.

*Statement: During the preparation of this work the author(s) used [NAME TOOL / SERVICE] in order to [REASON]. After using this tool/service, the author(s) reviewed and edited the content as needed and take(s) full responsibility for the content of the publication.*

This declaration does not apply to the use of basic tools for checking grammar, spelling, references etc. If there is nothing to disclose, there is no need to add a statement.

### **Use of inclusive language**

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Articles should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader, should contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of race, sex, culture or any other characteristic, and should use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, for instance by using 'he or she', 'his/her' instead of 'he' or 'his', and by making use of job titles that are free of stereotyping (e.g. 'chairperson' instead of 'chairman' and 'flight attendant' instead of 'stewardess').

Women and Birth requires that authors use woman centred language including referring to births rather than deliveries, to give birth rather than deliver and women rather than patients. Papers that do not adhere to these guidelines will not proceed to peer review.

Our journal uses UK spelling, for example, recognise rather than recognize. We also spell fetal rather than foetal.

### **Reporting sex- and gender-based analyses**

#### **Reporting guidance**

For research involving or pertaining to humans, animals or eukaryotic cells, investigators should integrate sex and gender-based analyses (SGBA) into their research design according to funder/ sponsor requirements and best practices within a field. Authors should address the sex and/or gender dimensions of their research in their article. In cases where they cannot, they should discuss this as a limitation to their research's generalizability. Importantly, authors should explicitly state what definitions of sex and/or gender they are applying to enhance the precision, rigor and reproducibility of their research and to avoid ambiguity or conflation of terms and the constructs to which they refer (see Definitions section below). Authors can refer to the [Sex and Gender Equity in Research \(SAGER\) guidelines](#) and the [SAGER guidelines checklist](#). These offer systematic approaches to the use and editorial review of sex and gender information in study design, data analysis, outcome reporting and research interpretation - however, please note there is no single, universally agreed-upon set of guidelines for defining sex and gender.

#### **Definitions**

Sex generally refers to a set of biological attributes that are associated with physical and physiological features (e.g., chromosomal genotype, hormonal levels, internal and external anatomy). A binary sex categorization (male/female) is usually designated at birth ("sex assigned at birth"), most often based solely on the visible external anatomy of a newborn. Gender generally refers to socially constructed roles, behaviors, and identities of women, men and gender-diverse people that occur in a historical and cultural context and may vary across societies and over time. Gender influences how people view themselves and each other, how they behave and interact and how power is distributed in society. Sex and gender are often incorrectly portrayed as binary (female/male or woman/man) and unchanging whereas these constructs actually exist along a spectrum and include additional sex categorizations and gender identities such as people who are intersex/have differences of sex development (DSD) or identify as non-binary. Moreover, the terms "sex" and "gender" can be ambiguous—thus it is important for authors to define the manner in which they are used. In addition to this definition guidance and the SAGER guidelines, the [resources on this page](#) offer further insight around sex and gender in research studies.

#### **Author contributions**

For transparency, we encourage authors to submit an author statement file outlining their individual contributions to the paper using the relevant CRediT roles: Conceptualization; Data curation; Formal analysis; Funding acquisition; Investigation; Methodology; Project administration; Resources; Software; Supervision; Validation; Visualization; Roles/Writing - original draft; Writing - review & editing. Authorship statements should be formatted with the names of authors first and CRediT role(s) following. [More details and an example](#).

#### **Authorship**

We have adopted the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-c> which have also been adopted by the Australian NHMRC Guidelines for the Responsible Conduct of Research available at: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/r39>, legitimate authors are those that made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted. All potential authors are those that meet requirement (1) above and these people should not be excluded from contributing to the writing and approval of the article. No author should be added who does not meet the first requirement; for more details please read "How to handle authorship disputes: a guide for new researchers" (2003) by Tim Albert and Liz Wage available at the COPE website: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>. During the online submission process, we ask you make a true statement that all authors meet the criteria for authorship and that all people entitled to authorship are listed as authors.

### **Contributors**

Those who meet some, but not all of the criteria for authors should be identified as 'contributors' at the end of the manuscript with their contribution specified. All those individuals who provided help during the research (e.g., collecting data, providing language help, writing assistance or proofreading the article, etc.) that does not meet criteria for authorship should be acknowledged in the paper.

### **Changes to authorship**

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor-in-Chief. To request such a change, the Editor-in-Chief must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor-in-Chief consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor-in-Chief considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

### **Submission declaration and verification**

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint, see <https://www.elsevier.com/sharingpolicy>), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors, and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service CrossCheck <https://www.elsevier.com/editors/plagdetect>.

### **Copyright**

Papers accepted for publication become the copyright of the Australian College of Midwives, and authors will be asked to sign a transfer of copyright form, on receipt of the accepted manuscript by Elsevier. This enables the Publisher to administer Copyright on behalf of the Authors and the College, whilst allowing the continued use of the material by the Author for Scholarly communication.

### **Author rights**

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. For more information see <https://www.elsevier.com/copyright>. You may publish a pre-publication version (i.e. a version that is not in its final finished form) on social media including sites such as Mendeley, ResearchGate and Academia

*Elsevier supports responsible sharing*

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

### **Conflict of Interest**

All authors must disclose, in the covering letter to the editor and on the title page of the manuscript, any actual or potential conflict of interest, including financial and personal relationships with people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. See also <https://www.elsevier.com/conflictsofinterest>. Further information and an example of a Conflict of Interest form can be found at: [https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a\\_id/286/supporthub/publishing](https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/supporthub/publishing).

### **Role of the funding source**

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement, it is recommended to state this.

### **Funding Body Agreements and Policies**

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some authors may also be reimbursed for associated publication fees. To learn more about existing agreements please visit <https://www.elsevier.com/fundingbodies>

After acceptance, open access papers will be published under a noncommercial license. For authors requiring a commercial Creative Commons Attribution (CC BY) license, you can apply after your manuscript is accepted for publication.

### **Open access**

Please visit our [Open Access page](#) for more information.

### **Elsevier Researcher Academy**

**Researcher Academy** is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease.

### **Submission**

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

### **Submit your article**

Please submit your article via <https://www.editorialmanager.com/wombi/Default.aspx>.

### **Categories of Decision**

After peer-review, the Editor-in-Chief will notify the corresponding author on whether the paper has been accepted, rejected, or needs revision.

All efforts are made to provide fair and thorough reviews as speedily as possible.

If an author(s) believes that a manuscript has been wrongly rejected, a detailed appeal letter that responds point-by-point to the reviewers' comments should be sent to the Editor, who, after having reviewed the referees' reports, will make the final decision.

Reviewed by Editor-in-Chief or Editorial Team will only include a Letter to the Editor or a short comment. For these types of submissions, the corresponding author will receive a fairly rapid decision on publication.

Once a manuscript is accepted for publication, authors can expect web publication of the article in final version on ScienceDirect in 4 weeks.

## **PREPARATION**

### **Queries**

For questions about the editorial process (including the status of manuscripts under review) or for technical support on submissions, please visit our [Support Center](#).

### **Double-Blind Peer Review Process**

Editors review all abstracts and using a triage-type checklist will make a rapid decision about whether the article is suitable for peer review in this journal. The overall rejection rate is approximately 60% and the majority of these happen at the rapid decision stage. This rapid decision is of benefit for authors because the author can consider whether to submit elsewhere without undue delay. The most common reasons for initial rejection are: 1) not having prior institutional ethical approval for research and/or not demonstrating fully informed and fully free consent by participants; 2) not meeting the scope of the journal sufficiently; 3) poor English and; 4) not following this guide for authors.

---

The journal receives many more articles than it can submit hence the initial rejection rate is high. The Editorial Team have to always balance the number of submissions, the burden on our peer reviewers and the evolving priorities or areas of interest.

### **Review Criteria**

Each paper that the editor/s assess as suitable for peer review is allocated to two reviewers who are asked to assess the paper against one of the Journal's three sets of reviewing criteria i.e. 1) Quantitative Research; 2) Qualitative Research; 3) Scholarly Paper Review Criteria.

View the [Review criteria](#) here.

### **Detailed Response to Reviewers**

When submitting a revised manuscript, a Detailed Response to Reviewers must accompany the revision. This document must not contain any of the Author(s) details. The most common error is uploading this document on an organisation's letterhead, or the Author signing off with their name and contact details.

The easiest way to format this document is to either (a) respond underneath each point raised by the reviewer, or (b) create a 2-column table and copy each point raised by the reviewer into the first column, and respond against each point in the second column

Highlight any changes made on the revised manuscript – to make it easy for the peer-reviewers to see where these have occurred. Also, remember to include only the page numbers to the manuscript as this makes the peer-review process easier. Please do not use line numbers in your file as line number are automated when the system builds the PDF.

### **Peer review**

This journal operates a double anonymized review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. Editors are not involved in decisions about papers which they have written themselves or have been written by family members or colleagues or which relate to products or services in which the editor has an interest. Any such submission is subject to all of the journal's usual procedures, with peer review handled independently of the relevant editor and their research groups. [More information on types of peer review.](#)

### **Double anonymized review**

This journal uses double anonymized review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

*Title page (with author details):* This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

*Anonymized manuscript (no author details):* The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

### **Article structure**

Types of articles:

- Research articles; quantitative, qualitative and mixed methods
- Reviews Articles (systematic reviews, meta-analyses, meta syntheses)
- Discussion or theoretical papers Discussion or theoretical papers
- Editorials
- Letter to the Editor

Specific guidance on word count and number of references is provided in the next section. Submissions that do not follow this guidance on word count or numbers of tables and figures may be returned without being reviewed.

Supplementary material may be added without specific page limits. The readability of the article, however, must not depend upon access to supplementary materials.

Page numbers should be included for the convenience of the peer-reviewers. Please do not use line numbers in your file as line numbers are automated when the system builds the PDF.

The text should be double or one and a half spaced with standard margins of 2.5 cm (1 inch) all around, and 11 or 12 point font size.

Authors wishing to submit manuscripts with word counts, tables and figures in excess of the recommended number must seek permission of the Editor-in-Chief.

### **Research articles**

For primary research articles, the maximum length up to 5000 words, 50 references, and 6 tables or figures. The word count refers to the main body of text, excluding the title page, abstract, references etc.

### **Review articles (systematic reviews, meta-analyses, meta syntheses)**

For review articles, the maximum length up to 5000 words, 100 references, and 6 tables or figures. The word count refers to the main body of text, excluding the title page, abstract, references etc.

### **Discussion or theoretical papers**

For discussion or theoretical articles, the maximum length up to 3500 words, 40 references, and 6 tables or figures. The word count refers to the main body of text, excluding the title page, abstract, references etc.

### **Editorials**

For Editorials, the maximum length is up to 2500 words, 25 references and 2 tables or figures.

### **Letters to the Editor**

Letters to the Editor referring to a recent Women and Birth article are encouraged up to 3 months after the appearance of a published paper. Text is limited to 350 words and 5 references. A single small table, figure, or image is permissible. Letters are not usually peer reviewed but may be subject to peer review at the editors' discretion. The Editor may invite replies from the authors of the original publication. By submitting a Letter to the Editor, the author gives permission for its publication in Women and Birth. Letters should not duplicate material being published or submitted elsewhere. The editors reserve the right to edit and abridge letters and to publish responses.

### **Submitting your paper**

Please have the following items ready before you log-on to the system. Every submission, regardless of category, must include the following:

- Cover letter
- Author Agreement
- Title page (with Author Details)
- Manuscript (without author details)

Additional files that may be required depending on your manuscript:

- Figures
- Tables
- Response to reviewers (if resubmission)
- Checklist

A **Cover letter**, stating:

**Conflict of Interest:** when the proposed publication concerns any commercial product, either directly or indirectly, the author must include in the cover letter a statement (1) indicating that he or she has no financial or other interest in the product or distributor of the product or (2) explaining the nature

of any relation between himself or herself and the manufacturer or distributor of the product. Other kinds of associations, such as consultancies, stock ownership, or other equity interests or patent-licensing arrangements, also must be disclosed. If, in the Editor's judgment, the information disclosed represents a potential conflict of interest, it may be made available to reviewers and may be published at the Editor's discretion; authors will be informed of the decision before publication.

**Sources of outside support for research:** including funding, equipment, and drugs.

An **Author Agreement** stating:

- that the article is the author(s) original work
- the article has not received prior publication and is not under consideration for publication elsewhere
- that all authors have seen and approved the manuscript being submitted
- the author(s) abide by the copyright terms and conditions of Elsevier and the Australian College of Midwives

An **Ethical Statement** that includes:

- The name of the ethics committee
- The approval number
- The date of approval

- - Note: If the manuscript is based on a quality assurance or practice improvement project this must be made clear in the text of the paper and address ethical issues concerning informed and free consent and confidentiality, as relevant.

If an Ethical Statement is not applicable this must also be specified.

### **A Title Page**

#### **Essential Title Page Information**

Should contain:

- Title. Short and descriptive of the content of the article (abbreviations must not be used in title).
- Authors. List all authors by first name, all initials, family name and highest academic degree only using "RM, PhD" for holders of both qualifications. List the address of all institutions where the work was done. List departmental affiliations of each author with that institution after each institutional address. Connect authors to departments using numbered superscripts.
- Corresponding Author. Provide the name, exact postal address with zip or postal code, telephone number, fax number and e-mail address of the author to whom communications, proofs, and requests for reprints should be sent.
- Authors should include their Twitter handles on the Title Page if they have this.

The **complete manuscript**, arranged as follows:

- (1) Structured Abstract and Keywords
- (2) manuscript, including Acknowledgments/Disclosures (see below) and References,
- (3) Tables (each complete with title) and
- (4) Figures.

In addition, the following must be submitted if applicable:

**Written permission** from the publisher (copyright holder) to reproduce any previously published table(s), illustration(s) or photograph(s) in both print and electronic media.

### **Abstract**

The abstract must be structured and under 250 words.

The structure of most abstracts should be: • Problem

- Background;
- Question, Hypothesis or Aim • Methods
- Findings • Discussion • Conclusion The Abstract must not include references. Avoid abbreviations and acronyms. Ensure the name of the hospital or health service is not mentioned.

### Keywords

Provide at least four and up to six keywords, at least three of which should be selected from those recommended by the *Index Medicus* Medical Subject Headings (MeSH) browser list (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>)

### Statement of Significance

In the introduction, create a table using the following headings to summaries (in 100 words or less) the contribution of your paper to the existing literature:

- **Problem or Issue**
- **What is Already Known**
- **What this Paper Adds**

### Example of Statement of Significance

#### Problem

Poor assessment and clinical reasoning are major contributors to adverse birth outcomes.

#### What is Already Known

Midwifery decision-making during birth is mediated by hierarchies of surveillance and control. Midwives are often unable to implement their preferred decision. The international and national professional decision-making frameworks are not sufficiently detailed to guide midwives' clinical reasoning.

#### What this Paper Adds

Evidence that half of the midwives interviewed did not use clinical reasoning to make decisions. A new and detailed model of midwifery clinical reasoning which incorporates a role for intuition.

### Headings

For Original Research Articles references should not be more than 40, except with specific permission from the editor prior to submission), **text** should be organised as follows:

- **Introduction** (including problem, theoretical and/or research background, hypothesis or guiding question, definitions of key terms)
- **Participants, Ethics and Methods** (described in detail).
- **Findings or Results:** for Quantitative research results should be concisely reported in tables and figures, with brief text descriptions. For Qualitative research a balance must be struck between conciseness and sufficient data to support the discussion and conclusion.
- **Discussion** (clear and concise interpretation of results in the context of existing literature)
- **Conclusion** (summarise key points and make recommendations)
- **Acknowledgments and Disclosures**

### Abbreviations

Minimise abbreviations to no more than four. Do not use abbreviations in the title. Use only abbreviations well known to midwives in the abstract. Define abbreviations at first appearance in the text.

**Measurements and weights** should be given in standard metric units

### Acknowledgements

This section is compulsory. Grants, financial support and technical or other assistance are acknowledged at the end of the text before the references. *All financial support for the project must be acknowledged. If there has been no financial assistance with the project, this must be clearly stated.*

The role(s) of the funding organisation, if any, in the collection of data, its analysis and interpretation, and in the right to approve or disapprove publication of the finished manuscript must be described in the Methods section of the text.

### Footnotes

Footnotes are not used in the journal.

### Artwork

Images or figures are submitted online as one or more separate files that may contain one or more images. Within each file containing images, use the figure number (eg, Figure 1A) as the image filename.

The system accepts image files formatted in TIFF and EPS. PowerPoint (.ppt) files are also accepted, but you must use a separate PowerPoint image file for each PowerPoint figure.

### Figure Legends

Figure legends should be numbered (Arabic) and double-spaced in order of appearance beginning on a separate sheet. Identify (in alphabetic order) all abbreviations appearing in the illustrations at the end of each legend. Give the type of stain and magnification power for all photomicrographs. All abbreviations used on a figure and in its legend should be defined in the legend. Cite the source of previously published (print or electronic) material in the legend.

Symbols, letters, numbers and contrasting fills must be distinct, easily distinguished and clearly legible when the illustration is reduced in size.

Black, white and widely crosshatched bars are preferable; do not use stippling, gray fill or thin lines.

#### Color Artwork

Figures/illustrations can be published in colour at no extra charge for the online version. For the print version, colour incurs a charge of US\$ 312 for the first page and US\$ 208 for every additional page containing colour. If you wish to have figures/illustrations in colour online and black and white figures printed, please submit both versions. If you wish to publish colour illustrations and agree to pay the "colour charge" check the appropriate box.

### Tables

Please submit tables as editable text and not as images.

Tables must not exceed six typeset pages.

Tables should be double-spaced on separate sheets (one to each page).

Do not use vertical lines. Each table should be numbered (Arabic) and have a title above.

Legends and explanatory notes should be placed below the table.

Abbreviations used in the table follow the legend in alphabetic order.

Lower case letter superscripts beginning with "a" and following in alphabetic order are used for notations of within-group and between-group statistical probabilities.

Tables should be self-explanatory, and the data should not be duplicated in the text or illustrations. Tables must be submitted as part of the text file and not as illustrations.

### References

The journal follows the International Council of Medical Journal Editors' (ICMJE's) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals available at: <http://www.icmje.org/recommendations/>. Referencing requirements for *Women and Birth* are the same as for other major medical/health journal. Examples of citation and referencing for each type (e.g. article, book chapter, thesis) are at: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

The full details of the National Library of Medicine (NLM) referencing requirements are found at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>; where the e-book can be accessed.

For users of bibliographic management systems like Mendelay or Endnote please use the most up to date version and select the Lancet Output Style because it complies with the ICMJE referencing standards.

### *Citation in text*

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

### *Data references*

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

### *Preprint references*

Where a preprint has subsequently become available as a peer-reviewed publication, the formal publication should be used as the reference. If there are preprints that are central to your work or that cover crucial developments in the topic, but are not yet formally published, these may be referenced. Preprints should be clearly marked as such, for example by including the word preprint, or the name of the preprint server, as part of the reference. The preprint DOI should also be provided.

### **Supplementary material**

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

### **Research data**

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

### *Data linking*

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

#### *Data statement*

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

### **AFTER ACCEPTANCE**

#### **Online proof correction**

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

#### **Offprints**

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

### **AUTHOR INQUIRIES**

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

© Copyright 2018 Elsevier | <https://www.elsevier.com>

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO MATERNA DE FADIGA  
NO TRABALHO DE PARTO**

<b>QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO MATERNA DE FADIGA NO TRABALHO DE PARTO</b>						
<p>Instruções:</p> <p>Esse questionário tem o objetivo de identificar sintomas de fadiga (cansaço) nesse momento tão especial que é o nascimento do seu filho (a). Para que a equipe de saúde possa lhe dar a assistência mais adequada, de acordo com as suas necessidades, é importante que você responda todas as perguntas e seja a mais sincera possível. Você terá o tempo que precisar para responder. Eu vou ler cada pergunta e você deverá responder numa escala de 1 (um) a 5 (cinco) o quanto você está se sentindo em relação a cada estado que lhe for perguntado. Não existe resposta certa ou errada, apenas iremos graduar o quanto você percebe-se fadigada no seu trabalho de parto. Escute atentamente cada pergunta e escolha o número que melhor se aproxima do modo como você está se sentindo nesse momento.</p>						
01	Você está se sentindo cansada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
02	A dor está te impedindo de ajudar no trabalho de parto?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
03	Você está com sono, com os olhos pesados?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
04	Você está conseguindo descansar entre as contrações?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
05	Você consegue realizar atividades como mudar de posição, caminhar, ficar de cócoras ou tomar banho?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
06	Você está sentindo o corpo ou as pernas tremendo?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
07	Você está com medo?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
08	Você consegue prestar atenção no	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente

	que as pessoas falam a sua volta?					
		1	2	3	4	5
09	Está difícil entender e seguir as orientações que você está recebendo?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
10	Você está se sentindo sem energia?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
11	Você está sentindo necessidade de descansar?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
12	Você está se sentindo fraca?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
13	Você acha que precisa de ajuda para parir?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
14	Você está se sentindo angustiada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
15	Você está se sentindo desanimada, impaciente ou irritada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE - PARA MAIORES DE IDADE

Convidamos a Sr<sup>a</sup> para participar como voluntária da pesquisa: PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL, que está sob a responsabilidade das pesquisadoras:

→ PhD. Caroline Wanderley Souto Ferreira. Endereço: Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-900, e-mail: [caroline.wanderley@ufpe.br](mailto:caroline.wanderley@ufpe.br).

→ Dra. Leila Maria Álvares Barbosa. Endereço: Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-900, e-mail: [leila.barbosa@ufpe.br](mailto:leila.barbosa@ufpe.br)

Também participa desta pesquisa: Vanessa Vasconcelos de Freitas, e-mail: [vanessa.vfreitas@ufpe.br](mailto:vanessa.vfreitas@ufpe.br), graduanda em fisioterapia que está sob a orientação da das pesquisadoras.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. A senhora estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Justificativa: Esta pesquisa justifica-se pela carência de estudos com instrumentos validados para o contexto de parturição referentes à percepção de fadiga materna;
- Objetivos: avaliar o nível de percepção de fadiga materna no primeiro estágio do trabalho de parto em gestantes de baixo risco;
- Coleta de dados: Os dados para a pesquisa serão coletados através de uma ficha de avaliação e questionário. Inicialmente você irá responder a uma ficha de avaliação desenvolvida pelas pesquisadoras para observar algumas variáveis do seu perfil sociodemográfico, antropométrico e gineco-obstétrico. Em seguida, será aplicado um questionário que avalia seu nível de percepção de fadiga. Se necessário, será medido seu peso e estatura;
- Riscos: Os questionários utilizados possuem perguntas de caráter pessoal. O risco dessa pesquisa envolve extravio das informações colhidas durante a entrevista. Todavia, as pesquisadoras responsáveis já assinaram um termo de sigilo e confidencialidade para evitar qualquer problema desta natureza.
- Benefícios: Após o término da pesquisa você receberá uma cartilha de orientações puerperais.

Esclarecemos que todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em arquivo físico no Laboratório de Fisioterapia da Saúde da Mulher e Assoalho pélvico (LAFISMA) localizado no Departamento de Fisioterapia, da Universidade Federal de Pernambuco (Avenida Jornalista Aníbal Fernandes, 173) e só poderão ser observados pelos responsáveis desse estudo.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, a senhora poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)).

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, após a leitura (ou escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas, concordo em participar do estudo PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE – PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS

Solicitamos a sua autorização para convidar \_\_\_\_\_, menor que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL. Esta pesquisa é da responsabilidade das pesquisadoras:

→ PhD. Caroline Wanderley Souto Ferreira. Endereço: Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-900, e-mail: [caroline.wanderley@ufpe.br](mailto:caroline.wanderley@ufpe.br).

→ Dra. Leila Maria Álvares Barbosa. Endereço: Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-900, e-mail: [leila.barbosa@ufpe.br](mailto:leila.barbosa@ufpe.br)

Também participa desta pesquisa: Vanessa Vasconcelos de Freitas, e-mail: [vanessa.vfreitas@ufpe.br](mailto:vanessa.vfreitas@ufpe.br), graduanda em fisioterapia que está sob a orientação da das pesquisadoras.

O/a senhor/a será esclarecido/a sobre qualquer dúvidas a respeito da participação dela na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a senhor/a concordar que a menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique essa folhas e assine ao final deste documento. O/a senhor/a estará livre para decidir que ela participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ela participe, não haverá nenhum problema, desistir que a menor participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ela, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Justificativa: Esta pesquisa justifica-se pela carência de estudos com instrumentos validados para o contexto de parturição referentes à percepção de fadiga materna;
- Objetivos: avaliar o nível de percepção de fadiga materna no primeiro estágio do trabalho de parto em gestantes de baixo risco;
- Coleta de dados: Os dados para a pesquisa serão coletados através de uma ficha de avaliação e questionário. Inicialmente, ela responderá a uma ficha de avaliação desenvolvida pelas pesquisadoras para observar algumas variáveis do seu perfil sociodemográfico, antropométrico e gineco-obstétrico. Em seguida, será aplicado um questionário que avalia o nível de percepção de fadiga. Se necessário, será medido o peso e estatura;
- Riscos: Os questionários utilizados possuem perguntas de caráter de pessoal. O risco dessa pesquisa envolve extravio das informações colhidas durante a entrevista. Todavia, as pesquisadoras responsáveis já assinaram um termo de compromisso e confidencialidade para evitar qualquer problema desta natureza.
- Benefícios: Após o término da pesquisa ela receberá uma cartilha de orientações puerperais.

Esclarecemos que as participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte das pesquisadoras.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período de cinco anos após o término da pesquisa.

O senhor/a não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dela na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o/a senhor/a poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)).

#### CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DA VOLUNTÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL, como voluntária. Fui devidamente informado/a e esclarecido/a pela entrevistadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de assistência para a menor em questão.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do/a responsável: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL. Esta pesquisa está sob a responsabilidade das pesquisadoras:

→ PhD. Caroline Wanderley Souto Ferreira. Endereço: Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-900, e-mail: caroline.wanderley@ufpe.br.

→ Dra. Leila Maria Álvares Barbosa. Endereço: Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-900, e-mail: [leila.barbosa@ufpe.br](mailto:leila.barbosa@ufpe.br)

Também participa desta pesquisa: Vanessa Vasconcelos de Freitas, e-mail: vanessa.vfreitas@ufpe.br, graduanda em fisioterapia que está sob a orientação da das pesquisadoras.

Seu (a) responsável legal permitiu que você participe. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita no setor onde você encontra-se internada. Será realizado o preenchimento de uma ficha de avaliação que contém dados de identificação, informações socioeconômicas e gineco-obstétricas e também será aplicado o questionário de fadiga materna no trabalho de parto (QMFP), composto por quinze itens. Se você deixar, acessaremos o seu prontuário, mas será um segredo, não vamos compartilhar as informações com ninguém a fim de respeitar a manutenção do sigilo e confidencialidade dos dados.

- RISCOS: É possível ocorrer extravio de informações documentais presentes no prontuário e exames, mas nós, os pesquisadores, iremos tomar muito cuidado para que esse risco não aconteça. Para isso assinamos um termo de responsabilidade em manutenção de sigilo. Então, caso aconteça algo errado, seus responsáveis podem nos procurar pelos telefones e reaver medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis.

- BENEFÍCIOS: Há coisas boas que podem acontecer, sua participação é importante para a comunidade científica e para a sociedade. Seus pais não precisam pagar nada para que você participe desta pesquisa. Ninguém vai saber que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Quando a pesquisa terminar os resultados vão aparecer na explicação do estudo e caso seja divulgado em algum evento científico, seu nome não será mostrado. Se você não quiser mais participar da pesquisa, você tem todo o direito, pode se recusar e sair a qualquer momento que nada vai acontecer e ninguém vai ficar chateado com você. Além disso, após o término da pesquisa você receberá uma cartilha de orientações puerperais.

## CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa (PERCEPÇÃO DE FADIGA MATERNA NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO, DE RISCO HABITUAL, E OS SEUS FATORES ASSOCIADOS – ESTUDO TRANSVERSAL). Entendi as coisas ruins e boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim. A entrevistadora tirou minhas dúvidas e conversou com minha (meu) responsável. Recebi uma via deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura da menor: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL

Nº do Registro: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_ Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

#### DADOS CLÍNICOS, ANTROPOMÉTRICOS E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE PARTO

- Peso antes da gestação: \_\_\_\_\_ Peso na gestação atual: \_\_\_\_\_
- Ganho de Peso na gestação: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_
- Índice de Massa Corpórea (IMC): Antes da gestação \_\_\_\_\_ Gestação atual \_\_\_\_\_
- Gestação/Parto/Aborto/Tipos de partos prévios: \_\_\_\_\_
- DUM: \_\_\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ (DUM) \_\_\_\_\_ (1ª USG)
- Dilatação Uterina: \_\_\_\_\_ Tempo de TP: \_\_\_\_\_ Dinâmica Uterina: \_\_\_\_\_
- Indução de parto ( ) NÃO ( ) SIM: \_\_\_\_\_
- Fez/faz uso de método não farmacológico para alívio da dor? ( ) NÃO ( ) SIM: \_\_\_\_\_
- Realizou aulas preparatórias para o TP durante o pré-natal? ( ) SIM ( ) NÃO
- Alguma posição/postura alivia a dor ou o cansaço? ( ) NÃO ( ) SIM Se sim, qual?  
( ) Litotomia ( ) Lateral ( ) Ortostatismo ( ) Banqueta ( ) Quatro apoios ( ) Cócoras  
( ) Outros: \_\_\_\_\_
- Está com acompanhante? ( ) SIM ( ) NÃO

#### DADOS SOCIOECONÔMICOS

Estado Civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Viúva ( ) União estável  
Anos de estudo: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

#### NÍVEL DE FADIGA:

Baixa fadiga (15-50 pontos): \_\_\_\_\_  
Alta fadiga (51-75 pontos): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E

### CARTILHA COM ORIENTAÇÕES PUERPERAIS

#### CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PUERPERAIS



O puerpério, conhecido como quarentena ou resguardo, corresponde ao período em que a mulher se recompõe da gravidez. Ainda não se sabe ao certo quando é considerado seu fim oficial. Mas, geralmente, dura seis a oito semanas após o nascimento do bebê. Durante este período acontecem algumas adaptações físicas. É comum sentir cólicas ao amamentar. Isso acontece porque, quando o bebê suga o leite, estimula a produção de ocitocina, um hormônio que também estimula a contração do útero para que ele retorne ao seu tamanho normal. As perdas que escoam pelo trato vaginal após o parto são chamadas de lóquios. Eles sofrem variações na quantidade, cor e possuem odor característico, sendo descrito como semelhante ao sangue menstrual. Fique atenta, pois, odor fétido é indicativo de infecção.

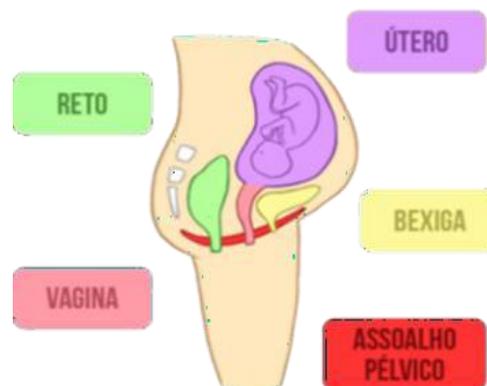




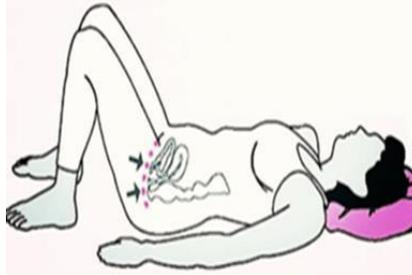
Dicas para um estilo de vida saudável:

- Não fique o tempo todo dentro de casa. A luz do sol ajuda o corpo a ativar a vitamina D - uma parte importante para manter seus ossos saudáveis e controlar o apetite;
- Dentro da sua rotina e das suas possibilidades, encontre espaços para descansar. Entretanto, cochilos e pausas apesar de serem importantes, não são suficientes; uma forma muito eficiente de aproveitar um sono de qualidade é dormir perto do seu bebê enquanto ele dorme;
- Beba bastante água;
- Consuma alimentos na forma mais natural possível;
- Mantenha uma rotina de exercícios físicos. Cinco horas após o parto normal, você já pode começar a fazer caminhadas leves. Caminhe pelo menos 150 minutos ao longo da semana;
- Evite ingerir bebidas alcólicas e fumar cigarro;
- Gerencie situações de estresse e cultive bons relacionamentos.

**Você sabia que a musculatura do assoalho pélvico é responsável pela sustentação dos órgãos pélvicos e está diretamente relacionada à nossa capacidade de controlar a urina e as fezes, assim como está envolvida nas atividades sexuais?** Isso mesmo! A sobrecarga dos anexos embrionários e do feto associados a excesso de peso, maus hábitos urinários e forças inadequadas durante o parto podem enfraquecer os músculos dessa região levando a disfunções uroginecológicas. Contudo, essas disfunções são tratáveis e preveníveis!



**Você tem consciência corporal do seu assoalho pélvico?** Faça como se quisesse sugar algo com a vagina, para cima e para dentro, sem auxílio do bumbum, coxa ou barriga. É possível observar a contração através de um espelho. Essa musculatura precisa ser exercitada para não perder a força. Exercícios supervisionados são bem-vindos. Então, não deixe de conhecer seu corpo e não tenha vergonha de levar qualquer assunto ao profissional.



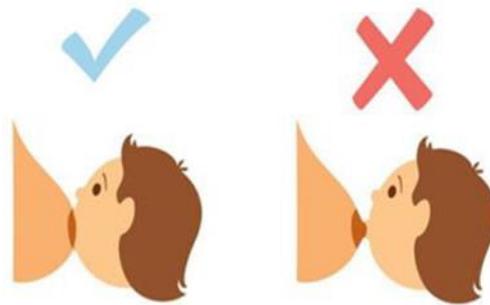
**Você sabia que nos primeiros dias de vida os recém-nascidos precisam ser submetidos a uma série de exames, alguns antes mesmo de deixar a maternidade?** São eles: teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho, teste do coraçãozinho, teste da linguinha e classificação sanguínea. A puericultura é um importante acompanhamento após a alta hospitalar, ela permite proteger seu filho contra agravos que possam interferir em seu crescimento e desenvolvimento. Lembre-se: a primeira consulta deve acontecer entre o sétimo e décimo dia após o nascimento.



**Você já ouviu falar em técnica de amamentação?** Ela corresponde à maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos. Usualmente, a posição utilizada pela mãe para amamentar seu bebê é a sentada. A organização Mundial da Saúde (OMS) destaca alguns pontos chaves para a técnica seja realizada de maneira adequada: coloque o bebê de frente para a mama, com seu queixo tocando a mama e o corpo–cabeça-membros em linha reta.



A pega será feita com sua boca bem aberta abocanhando toda a parte inferior da aréola e parte da superior. Certifique-se de que as sucções são lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração). A pega correta nunca dói; se a mãe referir dor é porque o bebê não está realizando a pega corretamente!



A amamentação deve ser iniciada pela mama que se encontra mais cheia de leite, geralmente a que foi utilizada por último. Caso a criança não consiga mamar nas duas mamas, na próxima mamada começar pela mama que não foi solicitada. Para terminar a mamada, o ideal é que a criança solte o peito espontaneamente. Quando este fato não ocorre, a mãe coloca a ponta do dedo mínimo na boca da criança. Dessa forma, o vácuo se desfaz e a criança solta o peito, sem machucá-lo. A lubrificação da região mamilo-areolar deve ser feita somente com o leite materno!



O aleitamento é um ato muito importante e recomendável. O bebê que se alimenta exclusivamente de leite materno até os seis meses de vida está protegido contra diversas doenças. No entanto, o aleitamento materno sozinho não é suficiente para protegê-lo contra todas elas. Por isso, é fundamental a correta vacinação de seu bebê, seguindo as orientações das autoridades sanitárias.

**Você já ouviu falar em planejamento familiar?** Trata-se de um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos quanto para prevenir uma gravidez indesejada e é um direito assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

**ATENÇÃO!** Essa cartilha é apenas um guia de orientações em saúde. O acompanhamento regular com profissionais é essencial; busque atendimento na unidade de saúde mais próxima de sua casa.



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO



ELABORADO POR:  
Vanessa Vasconcelos de Freitas

RESPONSÁVEIS:  
PhD. Caroline Wanderley Souto Ferreira  
Dra. Leila Maria Álvares Barbosa

