



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO
CURSO DE ENFERMAGEM



MAINA SAMIRI SOARES CUNHA

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA AVALIAÇÃO DA
PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO: UM ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS**

PINHEIRO

2023

MAINA SAMIRI SOARES CUNHA

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA AVALIAÇÃO DA
PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO: UM ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão- UFMA para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof.^a Dra. Anne Karine Martins
Assunção

PINHEIRO

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Cunha, Maina Samiri Soares.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA AVALIAÇÃO DA
PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO : UM ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS / Maina Samiri Soares Cunha.
- 2023.

42 p.

Orientador(a): Anne Karine Martins Assunção.
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
Pinheiro, 2023.

1. Brasil. 2. Cesárea. 3. Estados Unidos. 4. Parto
Normal. 5. Preferência do Paciente. I. Assunção, Anne
Karine Martins. II. Título.

MAINA SAMIRI SOARES CUNHA

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA AVALIAÇÃO DA
PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO: UM ESTUDO COMPARATIVO
ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão- UFMA para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Prof.^a Dra. Anne Karine Martins
Assunção

Aprovado em: / / 2023

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Anne Karine Martins Assunção
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão
Curso de Enfermagem

Prof.^o Dr. Igor Cordeiro Mendes
1^o Examinador
Universidade Federal do Maranhão
Curso de Enfermagem

Prof.^a M^a Joelma Veras da Silva
2^a Examinador
Universidade Federal do Maranhão
Curso de Enfermagem

Dedico aos meus pais e meus irmãos, por me apoiarem incondicionalmente e acreditarem em mim mesmo quando eu tinha dúvidas, sem vocês eu jamais teria conseguido chegar até aqui. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu Deus e dono da minha vida, que me ama imensamente e por sua graça me abençoou, sustentou e me fortaleceu para que eu pudesse alcançar esse sonho.

Aos meus pais Domingos Almeida Cunha e Iracema Soares Cunha que não mediram esforços para que este sonho se tornasse realidade, amo muito vocês.

Aos meus segundos pais que Deus me deu, Valdeci Ferreira Pavão (em memória) e Iraelza Brito Soares Pavão que sempre me apoiaram e me ajudaram.

Aos meus irmãos Kyldma Sayra Soares Cunha, Layna Mayene Soares Cunha e Gabriel Soares Cunha, por sempre me incentivarem e acreditarem no meu potencial. Amo vocês!

A minha orientadora Prof.^a Dra. Anne Karine Martins Assunção, que se disponibilizou para colaborar e me direcionar neste trabalho, muito obrigada.

Aos amigos Deyze Abreu Soares, Daizy Abreu Soares, Diesa Alinny Martins Cabral e Felipe Ferreira Mendes da Silva. Fui presenteada pela enfermagem com a amizade deles e solidificarei para toda a vida.

A todos os integrantes da turma 02 do Curso de Enfermagem da UFMA- Campus Pinheiro os meus sinceros agradecimentos.

À Universidade Federal do Maranhão, a todos os professores do curso de Enfermagem e demais cursos que direta e indiretamente contribuíram para minha formação, vocês são excelentes profissionais.

A esta banca examinadora, composta pela Prof.^a Dra. Anne Karine Martins Assunção, Prof.^o Dr. Igor Cordeiro Mendes e Prof.^a M^a Joelma Veras da Silva, que disponibilizaram seu tempo e precioso conhecimento na avaliação deste trabalho.

Nossa esperança está no Senhor; Ele é o nosso auxílio e a nossa proteção. Nele se alegra o nosso coração, pois confiamos no seu santo nome. Esteja sobre nós o teu amor, Senhor, como está em ti a nossa esperança.

Salmos 33: 20-22

RESUMO

A parturição representa experiências naturais e significativas, porém, sofreu grandes mudanças ao longo da história da saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde a via vaginal é a preferencial por ser fisiológica, enquanto a cesariana é indicada somente quando houver motivos médicos. Teve como objetivo comparar por meio da literatura as similaridades e diferenças entre os fatores que determinam a escolha do tipo de parto entre Brasil e Estados Unidos. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados SCIELO, BIREME, LILACS e PUBMED. As metas nacionais de saúde pública desses países concentram-se na orientação clínica de prevenção da cesariana primária e agregam reduções nas cesarianas repetidas nos partos de baixo risco. A escolha do tipo de parto sempre gira em torno de uma grande discussão evidenciando que a medicalização tornou a parturição um grande desafio para os médicos, fazendo com que as gestantes não se sintam ativas no momento do nascimento do bebê. Conclui-se que o principal fator que influencia as gestantes brasileiras e norte-americanas na escolha do parto normal é a melhor e mais rápida recuperação no pós-parto, enquanto a sua decisão pelo parto cesariano, o fator implicante é o medo da dor do parto vaginal, aliado também aos aspectos obstétricos.

Palavras-chave: Parto Normal; Cesárea; Preferência do Paciente; Brasil; Estados Unidos.

ABSTRACT

Parturition represents natural and meaningful experiences, however, it has undergone major changes throughout the history of health. According to the World Health Organization, the vaginal route is preferred because it is physiological, while a cesarean section is indicated only when there are medical reasons. It aimed to compare through the literature the similarities and differences between the factors that determine the choice of type of delivery between Brazil and the United States. This is an integrative review carried out in the SCIELO, BIREME, LILACS and PUBMED databases. The national public health goals of these countries focus on clinical guidance to prevent primary cesarean section and aggregate reductions in repeat cesarean sections in low-risk deliveries. The choice of the type of delivery always revolves around a great discussion, showing that medicalization has made parturition a great challenge for doctors, making pregnant women not feel active at the time of the baby's birth. It is concluded that the main factor that influences Brazilian and North American pregnant women in the choice of normal delivery is the better and faster postpartum recovery, while their decision for cesarean delivery, the implicating factor is the fear of pain in the vaginal delivery, also combined with obstetrical aspects.

Keywords: Normal birth; Cesarean section; Patient Preference; Brazil; United States.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição do número de artigos encontrados nas bases de dados SCIELO, PUBMED, LILACS e BIREME, segundo os descritores selecionados. Brasil, 2023.....	20
Quadro 2- Fatores que influenciam a parturiente durante a decisão pela via de parto. Brasil, 2023.....	24
Quadro 3- Comparação entre as similaridades e diferenças do parto no Sistema de Saúde do Brasil e dos Estados Unidos. Brasil, 2023.....	28

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

CFM - Conselho Federal de Medicina

CMS - Centers for Medicare and Medicaid Services (Centros de Serviços Medicare e Medicaid)

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)

MeSH - Medical Subject Headings (Títulos de Assuntos Médicos)

MS - Ministério da Saúde

NLM - National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina)

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

SCIELO - Scientific Electronic Libray Online (Biblioteca Eletrônica Científica Online)

SDR - Síndrome do Desconforto Respiratório

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

VBAC – Parto Normal após cesárea

SUMÁRIO

	P.
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Breve histórico do Sistema de Saúde Brasileiro.....	15
2.2 Breve histórico do Sistema de Saúde Americano.....	16
2.3 Assistência ao parto.....	17
3 MÉTODOS.....	19
3.1 Tipo de estudo.....	19
3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	20
3.3 Coleta de Dados.....	20
3.4 Análise dos Dados.....	23
4 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	23
4.1 Similaridades e diferenças entre os tipos de parto- Brasil e Estados Unidos.....	26
5 CONCLUSÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO A	35

ARTIGO DE REVISÃO

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DA AVALIAÇÃO DA PREFERÊNCIA PELO TIPO DE PARTO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS.

SCIENTIFIC EVIDENCE ON THE ASSESSMENT OF PREFERENCE BY TYPE OF DELIVERY: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN BRAZIL AND THE UNITED STATES.

Maina Samiri Soares Cunha¹

Anne Karine Martins Assunção²

¹Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências de Pinheiro. Pinheiro, MA, Brasil. E-mail: mainasamiri@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7552-7542>.

²Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências de Pinheiro. Pinheiro, MA, Brasil. E-mail: anne.karine@ufma.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7552-7542>.

RESUMO

A parturição representa experiências naturais e significativas, porém, sofreu grandes mudanças ao longo da história da saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde a via vaginal é a preferencial por ser fisiológica, enquanto a cesariana é indicada somente quando houver motivos médicos. Teve como objetivo comparar por meio da literatura as similaridades e diferenças entre os fatores que determinam a escolha do tipo de parto entre Brasil e Estados Unidos. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados SCIELO, BIREME, LILACS e PUBMED. As metas nacionais de saúde pública desses países concentram-se na orientação clínica de prevenção da cesariana primária e agregam reduções nas cesarianas repetidas nos partos de baixo risco. A escolha do tipo de parto sempre gira em torno de uma grande discussão evidenciando que a medicalização tornou a parturição um grande desafio para os médicos, fazendo com que as gestantes não se sintam ativas no momento do nascimento do bebê. Conclui-se que o principal fator que influencia as gestantes brasileiras e norte-americanas na escolha do parto normal é a melhor e mais rápida recuperação no pós-parto, enquanto a sua decisão pelo parto cesariano, o fator implicante é o medo da dor do parto vaginal, aliado também aos aspectos obstétricos

Palavras-chave: Parto Normal; Cesárea; Preferência do Paciente; Brasil; Estados Unidos.

ABSTRACT

Parturition represents natural and meaningful experiences, however, it has undergone major changes throughout the history of health. According to the World Health Organization, the vaginal route is preferred because it is physiological, while a cesarean section is indicated only when there are medical reasons. It aimed to compare through the literature the similarities and differences between the factors that determine the choice of type of delivery between Brazil and the United States. This is an integrative review carried out in the SCIELO, BIREME, LILACS and PUBMED databases. The national public health goals of these countries focus on clinical guidance to prevent primary cesarean section and aggregate reductions in repeat cesarean sections in low-risk deliveries. The choice of the type of delivery always revolves around a great discussion, showing that medicalization has made parturition a great challenge for doctors, making pregnant women not feel active at the time of the baby's birth. It is concluded that the main factor that influences Brazilian and North American pregnant women in the choice of normal delivery is the better and faster postpartum recovery, while their decision for cesarean delivery, the implicating factor is the fear of pain in the vaginal delivery, also combined with obstetrical aspects.

Keywords: Normal birth; Cesarean section; Patient Preference; Brazil; United States.

INTRODUÇÃO

De acordo com Santana, Lahm e Santos (2015) a experiência da parturição representa um evento de suma importância na vida das gestantes, uma vez que constitui um processo singular, um momento excepcional e especial, marcado pelas transformações dessas mulheres em seu novo papel materno.

Sabe-se que gravidez, parto e puerpério são experiências naturais e significativas com forte potencialidade, positividade e enriquecimento para todos os sujeitos envolvidos nesse processo. As vias de parto existente são a vaginal e a cesariana. Preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a via vaginal é a preferencial, por ser fisiológica, oferecer benefícios e baixos riscos para o binômio mãe-filho, enquanto a segunda é indicada somente quando houver motivos médicos. As cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal em gestações de risco (HANNAH et al, 2000), e a própria OMS já afirmou que não

existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios (OMS, 2015).

Ao longo da história da saúde, a assistência ao parto sofreu grandes mudanças, a ação fisiológica do parto e do nascimento passou a ser vista como algo patológico, privilegiando-se a prática medicalizada, com excesso de intervenções cirúrgicas, levando ao excedente do percentual de cesáreas (SANTANA, LAHM, SANTOS, 2015).

CHEN e TAN (2019) reiteram que o parto normal possui suas vantagens, pois favorece o contato imediato entre mãe e filho como forma de fortalecer a conexão entre ambos, menor risco de hemorragia e infecções, inexistência de dor pós-parto, alta prévia e rápida recuperação. A cesariana, por sua vez, é insubstituível em um parto de emergência, por exemplo, em casos de distocia, posição fetal e sofrimento intrauterino. Considerações negativas são levantadas acerca do parto normal, são elas: experiência ruim, ou seja, partos traumáticos, maior risco para o bebê, desconfiguração da anatomia e fisiologia feminina e as terríveis dores das contrações e parto. A cesariana é justificada por ser um atendimento de melhor qualidade e melhor assistido, desse modo ganhou espaço no meio de mulheres de todas as classes sociais e assim não sentir a dor do trabalho de parto, preservar a anatomia da genitália externa, e aproveitar a ocasião para realizar a laqueadura tubária (esterilização cirúrgica) (MASCARELLO, HORTA, SILVEIRA, 2017).

Destaca-se a Portaria 353/2017 que visa aos benefícios favorecidos pelo parto normal e que busca a diminuição de cesarianas e sucessivamente os riscos trazidos por este tipo de parto para a saúde da mãe e do bebê (COFEN, 2017). Ressalta-se também a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005) garante a escolha da gestante de quem pode acompanhá-la, seja o esposo, mãe, amiga, parentes ou qualquer pessoa de sua confiança (SILVA, 2020).

Apesar de todo o aparato legal visando a garantia dos direitos da mulher e seu bem-estar, a taxa de cesariana aumentou de forma significativa nos últimos anos no mundo todo. Em 1970, estimava-se uma taxa de 15,0% de cesarianas no Brasil, em 2009 as cesarianas superaram os partos com 50,1% subindo para 55,9% no ano de 2018. Quando comparado a outros países, em especial os desenvolvidos como os Estados Unidos, a taxa de cesariana também teve um aumento, em 2008-2011, era de 31,8% (CHEN; TAN, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como ideal uma taxa de cesarianas de 15,0% para as gestantes de risco habitual e de 25,0% para as consideradas de alto risco (RAFIEI, *et al*, 2018; RUDEY, LEAL, REGO, 2020; SILVA, *et al*, 2020). Dadas as diretrizes da OMS, torna-se instigante discutir e comparar os fatores que predispõem a escolha do tipo de

parto entre países que dividem diferenças sociais, culturais, econômica e de gestão de saúde de modo geral, como o Brasil e Estados Unidos.

Partindo desse pressuposto, surge o interesse em investigar se existem diferenças, bem como similaridades entre os fatores que determinam a escolha do tipo de parto no Brasil e nos Estados Unidos, haja vista que os dois países têm dimensões territoriais e número populacional parecidos, mas com grandes diferenças culturais, sociais e econômicas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Breve histórico do Sistema de Saúde Brasileiro

O Sistema de Serviços de Saúde é responsável pelas ações de cura e reabilitação, prevenção de agravos, vigilância em saúde, controle de riscos e danos, etc. Neste contexto, a saúde resulta em boas condições de vida da população. Com o crescimento do setor privado de saúde no Brasil se iniciou a comercialização de planos de saúde particulares, assemelhando-se assim ao modelo de saúde norte-americano o qual não possui sistema público de saúde, apenas setores privados com uma ressalva a idosos e pessoas que atestam não terem condições financeiras de pagar plano de cuidados (ARAÚJO, 2014).

No Brasil as intervenções governamentais tiveram início ainda no século XIX quando precisou se adequar aos requisitos dos importadores e focou-se no saneamento básico com objetivo de ter o controle econômico. Daí surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões em 1930, a partir de então é criado o Sistema Público de Previdência Social brasileiro (ARAÚJO, 2014).

O Ministério da Saúde era redigido pelos eixos Saúde Pública e Medicina Curativa, onde uma parte mínima da população que eram inseridos no mercado de trabalho tinham acesso a serviços hospitalares enquanto a sua maioria dependia de hospitais e casas que prestavam cuidados de caridade (ARAÚJO, 2014).

Com o fim do regime militar os brasileiros foram beneficiados com mudanças nas Políticas Sociais responsabilizando o Estado. No ano de 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que incorporou os princípios da universalidade, integridade, entre outros. Passando a ser atribuição do estado garantir o direito à saúde para todos, então foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) após a exposição de inúmeras inovações das políticas de proteção social pela Constituição Federal no dia 5 de outubro de 1988 (ARAÚJO, 2014).

Breve histórico do Sistema de Saúde Americano

O fim do século XIX e o começo do século XX foi marcado pelo início das organizações médicas nos Estados Unidos. Observava-se um sistema tradicionalmente privado regido pelas leis de mercado e restrito a mudanças, possuindo um olhar individualista que designa algum tipo de assistência à saúde apenas aos que são incapazes de disputar o mercado de trabalho (ARAÚJO, 2014).

A assistência privativa por ser um mercado lucrativo, ganhou repercussão com o aumento da demanda e o crescimento da oferta dos planos de saúde trouxe mais alternativas aos consumidores. O seguimento desse processo se dá devido a cultura norte-americana que não atribui ao Estado o direito de prover serviços de saúde, por tal razão a inexistência de um sistema de saúde público e universal. Contudo há um sistema público de provisão de saúde a aposentados e pessoas de baixa renda (ARAÚJO, 2014).

Em benefício desses grupos de pessoas diferenciados serviços são ofertados pelos sistemas *Medicare* e *Medicaid* (sistemas de saúde dos Estados Unidos que oferecem serviços de saúde para aposentados e pessoas de baixa renda) e prestam atendimentos completos de acordo com a necessidade do paciente que vão desde procedimentos mais simples como de imunizações para gripe até assistência complexa em cirurgias, além de tratamentos para câncer e ataques cardíacos (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020).

Críticas são levantadas por Pinto, Garcia e Gonçalves a respeito dos serviços de saúde nos Estados Unidos pela alta taxa nos preços dos planos de saúde:

Atualmente os Estados Unidos é o país com o sistema de saúde mais caro do mundo. Dados evidenciados do *National Center for Health Statistics* – Censo de Estatísticas de Saúde (2016), os custos com saúde nos EUA chegaram a três trilhões de dólares em 2014. Dessa forma, apesar dos altos custos com a saúde, para Squires (2012), o gasto não tem relação com uma maior utilização de hospitais e visitas médicas, mas com os altos preços dos serviços médicos e a alta tecnologia empregada no sistema de saúde, e mesmo assim não garante uma assistência à saúde notavelmente superior (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020, p. 7, 8).

Ainda sobre a eficácia do sistema de saúde norte-americano, Pinto, Garcia e Gonçalves escrevem que o país é inferior a alguns países:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em eficiência a saúde americana se localiza abaixo do quadragésimo lugar, entre os países do mundo, localização inclusive inferior a vários países pobres. E se os custos são elevados, o pior ainda é que continuam a crescer. Apesar de toda esta despesa, cerca de 15% da população, o que equivale a 46 milhões de americanos, não tem direito a assistência médica quando adoecem. (CAVALCANTI, 2020, apud. PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020, p. 8).

Assistência ao parto

O parto em seu processo fisiológico se desenvolve em um mecanismo próprio de 6 tempos: insinuação, descida ou progressão, rotação interna, desprendimento cefálico, rotação externa e desprendimento do tronco. A dor desse processo se dá por meio das contrações uterinas que representam o início do trabalho de parto, ligada a dilatação do colo uterino que se encerra com o nascimento do bebê, recompensando assim a mãe pelo esforço, já durante o parto cesáreo, a mulher fica deitada anestesiada em uma maca enquanto o médico realiza a cirurgia e o protagonismo da gestante fica anulado (PIMENTEL; FILHO, 2016).

Algumas vantagens em relação ao parto normal são apontadas por Junior, Steffani e Bonamigo, (2013) são elas: a alta precoce, a rápida recuperação, a ausência de dor no período pós-parto, o menor risco de infecção e de hemorragia, entre muitos outros benefícios.

Como todo processo o parto normal também apresenta desvantagens oriundas de complicações perinatais. Temos: apresentação pélvica, distócia de cabeça derradeira, prolapso de cordão ou de partes fetais; hipoplasia pulmonar, deformidades do esqueleto axial, pneumotórax, principalmente se houver oligoâmnio prolongado que estão ligados a prematuridade; doença neonatal precoce (SDR, sepse neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolite necrotizante) e paralisia cerebral, cegueira, surdez apontadas como sequelas tardias (SCANDIUZZI, *et al*, 2014).

Quanto à cesariana as complicações, foram associadas às complicações precoces: infecção pós-parto, anemia e hemorragia. E complicações tardias foram mais prevalentes a incontinência urinária e dispareunia. Apresentam-se também aos problemas associadas a realização de cesariana, características da imunidade e do metabolismo, óbito materno por síndrome hipertensiva e infecção (MASCARELLO, *et al*, 2018; OLIVEIRA, PENNA, 2018).

Segundo MALHEIROS, *et al* (2012) o modelo de assistência ao parto no Brasil, passou a ser realizado em hospitais e acompanhado por equipe médica somente no final do século XX, trazendo consigo críticas e incertezas relacionadas ao excesso de intervenções do seu processo

fisiológico contribuindo para o aumento de cesáreas e afirmam ter colaborado para a redução da mortalidade materna e perinatal, pois antes os partos eram realizados por pessoas na maioria das vezes que possuíam apenas conhecimentos empíricos e sem recursos para intervir em caso de complicações. Já NASCIMENTO, *et al* (2015) diverge dessa colocação e caracteriza o aumento da morbimortalidade materna e infantil com os partos cirúrgicos.

A medicalização apropria-se de diversos conceitos de acordo com Nicida:

Possui relação entre a utilização de procedimentos e tecnologias médicas no nascimento e condições mais seguras, afetuosas e confortáveis de parir... Se caracteriza como o processo em que comportamentos relacionados à vida e a problemas sociais passaram a ser tratados pela medicina, mais especificamente pela psiquiatria... A medicalização como o processo pelo qual a medicina passa a desempenhar um papel de controle social, posição que até então era desempenhada pela religião e pela lei. Neste processo, o médico, a partir de uma suposta neutralidade e objetividade, e investido de um poder moral, assume uma posição que lhe permite indicar o tratamento do corpo e da mente... A medicalização além de tratar da doença, a medicina acaba por ir mais além, identificando, controlando e produzindo novos hábitos que acabam refletindo no aumento de cesarianas (NICIDA, *et al*, 2020, p. 4532).

O Brasil é um país em desenvolvimento e as taxas de cesáreas do setor público retratam 35% e os do setor privado 80%, uma diferença de 45% entre esses setores. Esse aumento expressivo associa-se diretamente a escolaridade e classe social mais favorecida da gestante, sendo efetuada na maioria das vezes por intermédio de inapropriada indicação, que por fim originam consequências no que se refere a morbimortalidade materna e perinatal (MASCARELLO, *et al*, 2018).

Nos Estados Unidos essas taxas representavam 22,8% em 1988, 22 (vinte e dois) anos depois mostra um resultado de 32,8%. Com destaque para as taxas altas de mortalidade e morbidade materna e neonatal comparada aos demais países com muitos recursos. Ambos países, encontram-se com níveis de cesarianas acima do recomendável, a realização desse procedimento cirúrgico pode impactar diretamente na vida/saúde da mãe e/ou do bebê elevando o risco de complicações (MASCARELLO, *et al*, 2018).

O atual sistema de assistência à maternidade dos EUA, no entanto, está repleto de desigualdades no acesso, qualidade e altos custos, e há um crescente reconhecimento da incompatibilidade entre as expectativas coletivas de assistência e apoio às mulheres. Embora a

grande maioria das mulheres americanas tenham parto em ambientes hospitalares, há uma grande variação na disponibilidade geográfica de maternidades e nas capacidades hospitalares, tipos de provedores de cuidados de maternidade disponíveis e acesso a opções de parto com intervenção mínima, centros de parto e parto domiciliares (pequena porcentagem). No entanto, nem todas as mulheres são capazes de acessar essas opções caso desejem (Academia Nacional de Ciências, 2020).

O artigo de Scandiuzzi, et al, (2014) expõe que a assistência ao parto fragmentada, mecanizada, e desumanizada baseada na tecnologia, transportou às mulheres sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que refletiram em dificuldades na progressão do trabalho de parto, desconsiderando sua capacidade de participar do próprio processo fisiológico.

MALHEIROS, *et al* (2012), enfatiza a autonomia que se atrela ao empoderamento, a liberdade de escolha e a capacidade de exercício ativo de si. Na sua etimologia, autonomia quer dizer *auto* = próprio, *nomos* = norma, regra ou lei, ou seja, liberdade de determina-se. A partir da aquisição de conhecimento e consciência plena de nossos direitos alcançamos controle de nossos atos, pois nos tornamos capazes de saber o que é melhor para si.

A progressiva participação feminina vem alcançando objetivos e adquirindo poder decisório, se tornando mais ativa no momento do parto e nascimento além de reivindicar uma melhor qualidade na prestação dos serviços ofertados nesse processo. O profissional de saúde se destaca como facilitador do processo parturitivo, trazendo autenticidade à mulher no processo de gerar e parir (MALHEIROS, *et al*, 2012).

MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que, de acordo com Sell (2015), possui critérios rigorosos e específicos que lhe dão respaldo científico, além de permitir ao pesquisador reunir conhecimento de forma sintética do assunto de interesse e gerar novos conhecimentos.

Souza *et al.* (2016) destacam etapas para a elaboração de uma revisão integrativa, são elas: 1- identificação do tema e elaboração da questão norteadora; 2- busca ou amostragem na literatura; 3- coleta de dados; 4- análise crítica dos estudos incluídos; 5- interpretação dos resultados; 6- apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Para o desenvolvimento da primeira etapa foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais os fatores que determinam a escolha do tipo de parto no Brasil e nos Estados Unidos?

Crêterios de Inclusão e Exclusão

A sele o dos artigos científicos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo, produ es com intervalo temporal dos últimos cinco anos (2017-2021), artigos em idioma português e inglês e que contemplassem a temática em estudo. Como critério de exclusão, tem-se: artigos incompletos, artigos que não contemplassem o interesse do estudo, artigos duplicados e artigos que estivessem fora do tempo estabelecido.

Coleta de Dados

O período de busca aconteceu nos meses de novembro a dezembro de 2022. Foi realizada através da procura de artigos científicos na internet nas bases de dados *Scientific Electronic Libray Online* (SCIELO); Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (PUBMED), que abrange o MEDLINE.

Para a busca foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): Parto (Parturition), Parto Normal (Natural Childbirth), Parto Obstétrico (Delivery Obstetric), Cesárea (Cesarean Section), Preferência do Paciente (Patient Preference), Brasil (Brazil) e Estados Unidos (United States). Os descritores foram cruzados entre si usando o termo booleano *AND*.

Após leitura e análise crítica dos resumos, obtivemos um resultado de 12 artigos na SCIELO, 05 artigos na PUBMED, 08 artigos na LILACS e 31 artigos na BIREME. Posteriormente foram excluídos 11 artigos da SCIELO, 04 artigos da PUBMED, 05 artigos da LILACS e 28 artigos da BIREME, repetidos e que não se enquadram aos interesses do estudo. Depois da leitura íntegra e análise crítica dos artigos foram selecionados para a revisão 01 artigo da SCIELO, 01 artigo da PUBMED, 03 artigos da LILACS e 03 artigos da BIREME, um total de 08 artigos condizem com a relevância do estudo (quadro 1).

Quadro 1 – Distribui o do número de artigos encontrados nas bases de dados SCIELO, PUBMED, LILACS e BIREME, segundo os descritores selecionados. Brasil, 2023.

Base de dados	Palavras-chave cruzadas (como descritores e como palavras do resumo)	Número de referências obtidas	Referências selecionadas para análise	Repetidos	Selecionados para revisão
SCIELO 1	Parto or Parturition and Preferência do Paciente or Patient Preference	06	04	0	01

2	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Cesárea or Cesarean Section	58	06	03	0
3	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Preferência do Paciente or Patient Preference	03	02	02	0
4	Parto or Parturition and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	0	0	0	0
5	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Preferência do Paciente or Patient Preference	0	0	0	0
6	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Brasil or Brazil	0	0	0	0
PUBMED 1	Parto or Parturition and Preferência do Paciente or Patient Preference	26	04	0	01
2	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Cesárea or Cesarean Section	17	01	01	0
3	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Preferência do Paciente or Patient Preference	1	0	0	0
4	Parto or Parturition and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	35	0	0	0
5	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Brasil or Brazil	10	0	0	0
6	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Estados Unidos or United States	2	0	0	0
7	Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	10	0	0	0
8	Cesárea or Cesarean Section and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	7	0	0	0
9	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Brasil or Brazil	2	0	0	0
LILACS 1	Parto or Parturition and Preferência do Paciente or Patient Preference	04	02	01	01
2	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Cesárea or Cesarean Section	26	0	0	0

3	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Preferência do Paciente or Patient Preference	04	02	0	02
4	Parto or Parturition and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	01	0	0	0
5	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Preferência do Paciente or Patient Preference	01	0	0	0
6	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Brasil or Brazil	11	0	0	0
7	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Preferência do Paciente or Patient Preference and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	37	02	01	0
8	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Preferência do Paciente or Patient Preference and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	34	02	02	0
BIREME 1	Parto or Parturition and Preferência do Paciente or Patient Preference	165	24	05	02
2	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Cesárea or Cesarean Section	39	01	01	0
3	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Preferência do Paciente or Patient Preference	11	03	02	01
4	Parto or Parturition and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	18	0	0	0
5	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Preferência do Paciente or Patient Preference	02	0	0	0
6	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Brasil or Brazil	45	01	01	0
7	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Estados Unidos or United States	04	0	0	0
8	Parto Normal or Natural Childbirth and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	01	0	0	0
9	Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	01	0	0	0

10	Cesárea or Cesarean Section and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States	02	0	0	0
11	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Preferência do Paciente or Patient Preference	03	0	0	0
12	Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Preferência do Paciente or Patient Preference	01	0	0	0
13	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Preferência do Paciente or Patient Preference	01	0	0	0
14	Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Brasil or Brazil	18	02	01	0

Fonte: Próprios autores.

Análise dos Dados

Com a finalidade de extrair e analisar criticamente os dados dos estudos incluídos, elaborou-se um instrumento com os seguintes itens: título do artigo, país e ano, autor (es), sujeitos da pesquisa, fatores relacionados a cada tipo de parto e suas principais conclusões. Após essa etapa, o método de análise temática foi utilizado com o objetivo de identificar temas a partir dos dados para assim organizar e correlacionar os artigos em detalhes.

Foi elencada a categoria temática: Similaridades e diferenças entre os tipos de parto-Brasil e Estados Unidos, assim portanto respondendo à pergunta norteadora. Explanou-se os resultados e finalmente o desfecho da discussão.

REVISÃO DE LITERATURA (Resultados e Discussão)

Dentre os 37 artigos escolhidos foram selecionados 08, uma vez considerada a sua relevância para o tratamento do presente tema com base na pergunta norteadora. No quadro 2 está apresentada a síntese dos artigos destacando o título do artigo, o país/ano, o (os) autor (es), os sujeitos da pesquisa, os fatores relacionados a cada tipo de parto e as principais conclusões.

Quadro 2 - Fatores que influenciam a parturiente durante a decisão pela via de parto. Brasil, 2023.

Nº	Título	País/ Ano	Autor (es)	Sujeitos da Pesquisa	Fatores relacionados a cada tipo de parto	Principais conclusão
1	Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto.	Brasil; 2019	SILVA, M. M. de J; SILVA, S. C. B; MEL, G. A.	Gestante primigesta	Para a escolha do parto vaginal, as gestantes referiram a rápida recuperação pós-parto; porque ele é natural; a dor única; a informação de que cesárea é prejudicial ao bebê; o desejo de evitar complicações no pós-operatório; e a concepção que o parto vaginal é o melhor momento para o nascimento. Quanto a preferência pela cesariana, destacam-se a indicação clínica e o medo da dor, também a recomendação médica influência da família e amigos.	Infere-se a importância da educação em saúde orientada pelos profissionais durante o pré-natal, informando as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, com vistas a resgatar o protagonismo da mulher no processo de nascimento, oportunizando a ela decidir sobre o tipo de parto que deseja ter de forma crítica e reflexiva.
2	Escolhas das mulheres no processo de parto: revisão integrativa.	Brasil; 2019	HONNEF, F.; ARBOIT, J; PAULA, C. C; PADOIN, S. M. de M.	Mulheres	A cesariana é escolhida pela mulher na expectativa de que sintam menos dor e que o processo ocorra com maior rapidez, além de possibilitar o planejamento do dia do nascimento do filho. A escolha pelo parto normal, expressa a compreensão de que é mais seguro, tem recuperação mais rápida e dor de menor intensidade após o parto, e que possibilita sua participação ativa no nascimento do seu filho.	As influências positivas para a escolha do tipo de parto seguido do local para sua realização centram-se no acesso à informação, e as negativas, por sua vez, são a dor, medo e ansiedade.
3	Fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina no Sul do Brasil.	Brasil; 2021	FARIA, N. de A.; FEUERSCHUETTE, O. H. M.; DAL-BÓ, C. M. de A.; CAMPOS, C. W. de; SCOPEL, G. E.	Estudantes do curso de Medicina	Dentre as motivações para a escolha de determinado tipo de parto para si ou para sua companheira foram citados para justificar a preferência pela cesariana: ausência de dor durante o parto, elimina risco de complicações relacionadas ao trabalho de parto prolongado, mais rápido/duração previsível, menor risco de alteração da anatomia pélvica, menos ansiedade, possibilidade de escolher a data do nascimento, impede o nascimento pós-termo e preocupações com a morbidade fetal. Se tratando do PV, os principais fatores foram: alta hospitalar precoce, menos dor no pós-parto, menor risco de infecção/hemorragia, favorece o aleitamento, mais contato com o recém-nascido, ausência de cicatriz visível, participação do companheiro(a).	Foi visto que a via de parto que o participante considera mais segura tem associação com a que ele realmente escolheria para si/sua companheira. É essencial que as estratégias adotadas por agências governamentais de saúde brasileiras continuem implementando políticas que visem à melhoria da assistência ao parto no Brasil, a fim de conscientizar cada vez mais pessoas sobre as vantagens e desvantagens de cada via de parto.
4	Fatores que influenciam a decisão da via do parto.	Brasil; 2022	RODRIGUES, Q. G.; GUSMÃO, K.; NASCIMENTO, L.	Parturiente	Os fatores que influenciam na decisão da via de parto são: o medo da dor no momento do parto normal; ausência de dor no	Independente da preferência da via de parto, diante do conflito da decisão, o profissional de enfermagem

			C.; ARAÚJO, L. A.; MOTA, E. E. S.; CAMISÃO, A. R.		momento do parto cirúrgico; o medo da dor no pós-parto cirúrgico; a recuperação rápida no parto normal; a recuperação lenta no pós-parto cirúrgico; experiência prévia; o desejo de realizar a laqueadura e a influência da família, amigos e profissionais da saúde. A ideia de que o parto cesáreo é mais rápido e indolor e detém o menor risco de acontecer hemorragia. Já o parto normal causa dor única e menor risco de infecção.	pode prestar assistência à parturiente encorajando-a e esclarecendo suas dúvidas acerca das vias de parto, permitindo, assim, que o momento da parturição seja vivenciado de forma tranquila e satisfatória.
5	Razões maternas da preferência inicial pelo tipo de parto em um município do nordeste brasileiro.	Brasil; 2020	SILVA, D. E. S.; LIMA, K. M. S.; SANTOS, J. M. J.; MENEZES, A. F.; FREITAS, C. K. A. C.; LEITE, A. M.; MENDES, R. B.	Puérperas	As principais razões da preferência materna pelo parto vaginal a melhor recuperação no pós-parto, o desejo pessoal da mulher e a experiência anterior positiva de parturição vaginal. Em relação à cesariana, o medo da dor do parto vaginal, o desejo pessoal da mulher e o aproveitamento para laqueadura tiveram destaques.	Recomenda-se que os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento pré-natal possam estabelecer uma melhor comunicação com as gestantes e/ou acompanhantes, discutindo os benefícios e riscos de ambas as vias de parto, desmistificando mitos, orientando sobre a existência de medidas não-farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e, ainda, garantindo a autonomia materna para uma escolha consciente e segura.
6	Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations	Brasil; 2018	KJERULFF, K. H.; ATTANASIO, L. B.; EDMONDS, J. K.; REPKE, J. T.	Puérperas	Constatou-se como alguns fatores, hemorragia, riscos para a sua saúde, infecção, riscos para a saúde do bebê, passar do tempo de nascer e o bebê se machucar. Referente ao parto vaginal, alegam a melhor e mais rápida recuperação no pós-parto. Atribuíram à cesariana uma recuperação no pós-parto mais dolorosa e demorada, medo da dor do parto vaginal e o sofrimento do parto vaginal.	Os achados deste estudo reforçam a necessidade de ampliação dos processos educativos, tanto para os profissionais de saúde quanto para as usuárias, a fim de empoderá-las com relação ao seu corpo e possibilitá-las escolhas conscientes no momento do parto.
7	Women's preference for vaginal delivery after first cesarean delivery	Estados Unidos; 2019	ATTANASIO, L. B.; KOZHIMANNIL, K. B.; KJERULFF, K. H.	Mulheres	Dentre os motivos está a orientação para o parto natural, medo da dor do parto, percepções de segurança e risco, considerações práticas, como conveniência de agendamento, facilidade esperada de recuperação, experiências de parto anteriores (por exemplo, dor, cesariana não planejada, vínculo com o bebê), probabilidade percebida do sucesso do VBAC, informações sobre os riscos e benefícios do VBAC, desejo da experiência do parto vaginal.	O motivo mais comum que as mulheres relataram para preferir um parto vaginal foi o desejo de ter a experiência do parto vaginal, enquanto o motivo mais comum para preferir o parto cesáreo foi que o primeiro parto foi por cesariana.
8	The role of pandemic-related pregnancy stress in preference	Estados Unidos; 2021	PREIS, H; MAHAFFEY, B; LOBEL, M.	Mulheres grávidas	Os resultados deste estudo sugerem que as percepções de risco de COVID-19, combinadas com fatores psicológicos adicionais (por exemplo, sentir-se preparada para o parto, medo	No geral, as mulheres que se sentiram preparadas para o parto apesar da pandemia (ou seja, baixo estresse de preparação para a pandemia) tiveram a maior probabilidade

for community birth during the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States				do parto, crenças sobre o parto natural ou como um processo médico), estão relacionados a preferência do parto na comunidade. O estresse de preparação e estresse de infecção perinatal, foram positivamente relacionados ao medo do nascimento e à crença básica de que o nascimento é um processo médico.	de preferir um parto na comunidade, e seu estresse sobre a infecção não afetou essa preferência. A escolha de um parto comunitário está bem alinhada com os modos de cuidado da obstetria, que enfatizam a autonomia da mulher durante o parto. Embora as preferências por partos comunitários sejam mais apontadas neste estudo, a porcentagem geral de mulheres que preferem parto fora do hospital permanece pequena.
--	--	--	--	--	--

Fonte: Próprios autores.

Nas quatro bases de dados usadas nesta revisão, as combinações dos termos Parto or Parturition and Parto Normal or Natural Childbirth and Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Estados Unidos or United States e Parto Obstétrico or Delivery Obstetric and Cesárea or Cesarean Section and Preferência do Paciente or Patient Preference and Brasil or Brazil and Estados Unidos or United States tiveram resultado zero na busca.

Em relação à caracterização dos resultados dos estudos apresentados no Quadro 2, foi possível observar que os artigos compreenderam os anos de publicação entre 2017 e 2021, a língua portuguesa apresentou-se predominante em 62,5% dos artigos, os tipos de estudos são em sua maioria estudo transversal seguido de revisão integrativa, possui também um estudo analítico e um estudo descritivo com abordagem quantitativa.

Similaridades e diferenças entre os tipos de parto- Brasil e Estados Unidos

A escolha do tipo de parto pelas mulheres envolve diversos fatores como: a qualidade da assistência obstétrica e o conhecimento das gestantes sobre o tema através das informações repassadas pelos profissionais da saúde (Silva, *et al.* 2020 e Kottwitz Gouveia; Gonçalves, 2018). A partir desse conhecimento elas passam a ter autonomia pela decisão de qual via de parto preferem. Silva, *et al* (2020), apontam em seu estudo que no início da gravidez 73,3% das gestantes declararam sua escolha ao parto normal, enquanto apenas 21,7% optam pela cesariana. Atanasio; Kozhimannil; Kjerulff, (2020), apontam que atitude positiva relacionada ao parto normal aumentam as chances de preferência para o parto normal após uma cesariana.

Como características sociodemográficas são apontadas por Kottwitz, Gouveia, Gonçalves, (2018) e Silva, *et al.* (2020), que as mulheres negras americanas relataram preferir

um parto vaginal para o segundo parto em comparação com as brancas. Entre as mulheres com nível de medo, as que apontam menos medo possuíam mais chances de tentar Parto Normal Após Cesariana (VBAC). Também são sinalizados como opção de escolha para o próximo parto ser parto normal: a baixa renda, o desejo de aumentar o número de filhos e a dificuldade de recuperação depois da cesariana (Attanasio; Kozhimannil; Kjerulff, 2020). Junto a esses motivos para a escolha do parto vaginal atrelam-se, a rápida recuperação pós-parto; porque além de natural, é o melhor momento para o nascimento, a dor é única, a informação dos maiores riscos da cesariana para o bebê, pelo desejo de evitar complicações no pós-operatório, conquistar a experiência do parto vaginal e ter uma boa experiência prévia (SILVA; SILVA; MELO, 2019; ATTANASIO; KOZHIMANNIL; KJERULFF, 2020).

O medo do parto, a sensação de pânico do que pode acontecer no decorrer do parto associado as tensões dispostas sobre si, como incapacidade de ter parto normal, justificaram a sensação de despreparo para o momento do parto e são os principais fatores para escolher que o parto aconteça no hospital, porém determinantes a expectativa da autonomia, idade materna mais avançada, a gravidez de risco habitual e ter ou não seguro Medicaid (seguro de saúde para pessoas de baixa renda nos Estados Unidos) mostraram-se fortes preditores do parto na comunidade (PREIS, H; MAHAFFEY, B; LOBEL, M, 2021; ATTANASIO; KOZHIMANNIL; KJERULFF, 2020).

A análise das evidências considera nos estudos de Rodrigues (2022), Silva; Silva; Melo (2019), Faria, et al (2021) e Attanasio; Kozhimannil; Kjerulff (2020) as similaridades entre com a indicação clínica para a escolha do tipo de parto e o medo da dor ou não sentir dor, conjugada a crença de que quem já tem uma cesariana ter que fazer outra são motivos apontados. De acordo com Silva *et al.* (2019) houve um acelerado aumento no percentual de cesáreas nos EUA nos anos de 1996 a 2019, sem evidência na diminuição concomitante em mortalidade materna ou neonatal, o que traz preocupação de que este tipo de parto esteja sendo utilizado em grande proporção em detrimento do parto normal (HONNEF, *et al*, 2019).

Em contrapartida Attanasio; Kozhimannil; Kjerulff (2020) dizem que constatou uma redução nas taxas gerais de cesarianas nos Estados Unidos com os esforços nacionais. Apesar disso, a taxa de cesarianas permaneceu em 31,9% nos EUA no ano de 2016. As metas nacionais, tanto no Brasil como nos Estados Unidos, de saúde pública concentram-se na orientação clínica de prevenção da cesariana primária e agregam reduções nas cesarianas repetidas nos partos de baixo risco.

Quadro 3- Comparação entre as similaridades e diferenças do parto no Sistema de Saúde do Brasil e dos Estados Unidos. Brasil, 2023.

Parto e Maternidade	
Brasil	USA
A mãe "escolhe" o tipo de parto	Quem decide o melhor tipo de parto é o médico (na maioria das vezes NORMAL)
A mãe agenda o parto	Agenda por recomendação médica
Sala de Parto Normal (humanizado)	O bebê nasce no próprio quarto onde a mãe ficará internada
Quarto Privado (suite)	Quarto compartilhado pelo seguro saúde, quarto privado deverá ser pago particular
Acompanhante dorme no quarto	Em quarto compartilhado não pode dormir acompanhante
Reserva quarto no hospital	Quarto privado somente quando houver disponibilidade e pago a parte
Acompanhante Veste Roupa do Hospital no Parto	No parto normal, o acompanhante entra com a própria roupa
Quadrinho na Porta da Maternidade	Sem quadrinho na porta
Lembrancinhas para as visitas	Não há costume, americanos nem gostam de visita no hospital
Decoração do quarto na Maternidade	Não há costume, de vez em quando um balão dizendo It's a Boy or Girl
Comes e Bebes	Oi? Não é uma festa... Não existe este costume
Levar roupinhas para cada dia do bebê	O bebê não usa roupinhas, apenas o charutinho com cueiro do hospital e fralda
Primeiro Banho no Bebê	Nos EUA não se dá banho até cair o umbigo (apenas com paninho úmido)
Pulseirinha Segurança com Infos do bebê e mãe	Nos EUA há um alarme caso o bebê saia da área onde está seguro no hospital (alguns tem chip no umbigo, outros pulseira)
Foto e Filmagem do parto	Não há costume, cada maternidade tem uma regra, algumas não pode entrar ninguém no parto
Circuncisão: Opcional, feita após retorno pra casa	Circuncisão: Recomendam assim que o menino nasce, fazem lá mesmo enquanto ainda está internado
Seu Médico Obstetra	Dependendo da região ou seguro saúde, pode ser uma equipe de médicos e o plantonista do dia atenderá seu parto
Anestesia definida pelo médico	A grávida escolhe (no parto normal) se quer ou não, qual anestesia e em alguns casos ela mesma pode dosar a quantidade do anestésico conforme sua dor (anestesia por catéter).

Fonte: Site Mãe Tipo Eu- <https://www.maetipoeu.com.br/dicas/viagens/ter-bebe-nos-eua-x-ter-bebe-no-brasil/>

O transcurso do parto é permeado pelo mínimo de intervenção possível, pois a fisiologia feminina é preparada para esse evento. Porém, existem algumas incompatibilidades com o parto vaginal como cabeça-pelve, distúrbios de apresentação fetal, sofrimento fetal, distocia ou bebê grande e casos em que o parto vaginal pode ser arriscado para a mãe ou para o bebê, nessas situações recomenda-se a cesariana (KOSAN, *et al*, 2019).

No que tange à escolha do tipo de parto, tanto no Brasil, como nos Estados Unidos têm-se evidenciado que a medicalização tornou a parturição um grande desafio para os médicos, fazendo com que as gestantes não se sintam ativas no momento do nascimento do bebê. Nestes dois países, fatores estão associados à escolha do parto, desde a qualidade da assistência obstétrica, até às implicações para a saúde tanto da mãe, quanto do recém-nascido (VASCONCELOS *et al.*, 2021).

Dificultando ainda mais esse processo, tem o surgimento da pandemia de COVID-19 trouxe consigo mudanças radicais a todos os indivíduos, potencialmente às gestantes norte-americanas e latina-americanas quanto suas preferências de parto. Com o objetivo de evitar a disseminação do vírus foram impostas limitações de distanciamento social, limitação de acompanhantes durante o parto e proibição de visitas hospitalares pós-parto. Isso tudo acabou tornando as mulheres vulneráveis ao estresse de onde seria o melhor local de nascimento para o seu bebê. A partir de então, nos Estados Unidos, os partos em casa ou em um centro de parto conhecidos como parto comunitário passaram a ser mais requisitados, destacando que essa é

uma opção atípica nos Estados Unidos e também no Brasil (PREIS, H; MAHAFFEY, B; LOBEL, M, 2021).

O sistema de assistência a maternidade no Estados Unidos é privado e variam de acordo com os serviços do sistema provedor, portanto, o nível de atendimento que a gestante irá receber são influenciados diretamente por esse processo (SCRIMSHAW, S. C; BACKES, E. P, 2020). À três categorias existentes de serviços para os nascimentos: em casa, em centros de partos e hospitais/maternidades variando entre elas os recursos e a oferta de serviços. Em sua atualidade encontra-se em uma desigualdade na prestação de serviços maternos de maneira que, se caso uma gestante parir em hospitais que não dispor de serviços e recursos necessários para atender eventuais complicações, será oportuno a transferência da mesma para um hospital que disponha de instrumentos apropriados para atender aos cuidados mais intensivos (SCRIMSHAW, S. C; BACKES, E. P, 2020).

Enfatiza-se que nos Estados Unidos a preocupação dos órgãos governamentais com a elevação do número de cesáreas possibilitou a criação de novas diretrizes que assegurem a cobertura na atenção integral à saúde reprodutiva, materna e neonatal. Dentre as novas recomendações estão as seguintes: esperar-se mais pelo nascimento dos bebês através do parto normal, lançando-se mão de outras alternativas antes de recorrer à cesárea (OPAS/OMS, 2022).

Com o intuito de diminuir as taxas de cesarianas no Estados Unidos as tentativas de trabalho de parto exigirão maior atenção e acesso. Attanasio; Kozhimannil; Kjerulff (2020) retratam que em consequência da falta de disponibilidade nos hospitais locais algumas mulheres podem ter dificuldade em acessar o parto vaginal após uma cesárea, também mencionaram que todas as mulheres com uma cesariana anterior precisam realizar uma cesariana repetida obedecendo as políticas do seu hospital ou provedor.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), as taxas de cesáreas chegam a quase o dobro do percentual. Isto se justifica pelo fato de as gestantes considerarem a cesariana como um tipo de parto indolor e que preserva a anatomia vaginal para as relações sexuais. No contexto da Saúde nos Estados Unidos da América, o percentual total chega a 32,9%, assim dizendo, uma diferença de 22,6% com relação à rede de saúde pública brasileira (SOUZA, 2022; FEITOSA *et al.*, 2017).

Tanto no Brasil, quanto nos Estados Unidos, a ocorrência de partos cesáreos é um grande desafio para as políticas de saúde, uma vez que ambos reconhecem os riscos desnecessários tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido, além da associação deste tipo de procedimento

de parto com a mortalidade materna e os custos adicionais ao sistema de saúde (NASCIMENTO *et al*, 2015).

CONCLUSÃO

O modelo de sistema de saúde adotado por cada países retrata realidades bastantes diferentes. Portanto podemos apontar o Sistema Único de Saúde que é totalmente gratuito no Brasil e o sistema de saúde privado dos EUA por outro lado demanda de um alto custeio que apesar da alta complexidade das tecnologias no âmbito da saúde americana, ainda assim não há garantia de uma assistência integrada. Conclui-se que o principal fator que influencia as gestantes brasileiras e norte-americanas na escolha do parto normal é a melhor e mais rápida recuperação no pós-parto, enquanto que a sua decisão pelo parto cesariano, o fator implicante é o medo da dor do parto vaginal, aliado também aos aspectos obstetrícios.

Tanto em países em desenvolvimento (Brasil) quanto em desenvolvidos (estados Unidos) percebe-se que as Políticas Públicas e de Saúde que visam à boa saúde materno-infantil têm se concretizado para melhorar esses índices de excesso de cesárias, tanto a nível federal, estadual e municipal.

Ações como resguardo ao direito da mulher de escolher onde e com quem dar à luz, construir o respeito pelas pessoas grávidas, seus bebês, seus parceiros e suas famílias, independentemente de suas circunstâncias (raça, origem étnica ou situação imigratória, estado civil, composição familiar, religião, renda ou educação), analisando a assistência à saúde, em relação a educação em saúde, aos espaços disponíveis e como as equipes de saúde, desde o pré-natal até o puerpério, tem sido treinadas a acolher e melhorar os resultados para assim tornar o parto mais seguro.

Atingir esses objetivos exigirá coordenação, colaboração e compromisso entre vários setores da sociedade para garantir melhorias em todo o sistema de assistência a todas as mulheres, recém-nascidos e famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se fala sobre o empoderamento feminino no momento do parto. A participação da parturiente no parto é de suma importância, para isso é necessário que durante o pré-natal o profissional de Enfermagem preste assistência holística e forneça subsídios para que a gestante

construa conhecimento sobre o funcionamento do seu corpo, visando o encorajamento da parturiente o momento da parturição, além de esclarecer vantagens e desvantagens sobre cada tipo de parto.

Destaca-se a relevância do profissional de saúde construir um vínculo com a gestante, garantindo que ela se sinta acolhida e possa compartilhar experiências, dúvidas e medos, ainda mais as incertezas oriundas da pandemia do COVID-19 a qual vivenciamos. As informações fornecidas se tornarão subsídios significativos na decisão da mulher pela via de nascimento, deixando-a decidir sobre o seu parto sem desqualificar as crenças da gestante acerca das vias de parto. Os enfermeiros, em especial, buscam o empoderamento das mulheres e contribuem para que seus desejos sejam atendidos permitindo, assim, que o parto seja vivenciado de forma tranquila e satisfatória.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. P. A. Análise comparativa dos modelos de gestão dos sistemas de saúde do Brasil, Estados Unidos e Reino Unido. 2014. n. 30. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) - Curso de graduação- Administração- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

ATTANASIO. L. B; KOZHIMANNIL. K. B; KJERULFF. K. H. Preferência das mulheres pelo parto vaginal após o primeiro parto por cesariana. **HHS Public Access**. v. 46, n. 1, p. 51–60, Março, 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem- COFEN (2017). **Diretrizes para parto normal no Brasil**. [S. l.]: Maria Fagundes, 21 fev. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 2 Set. 2022.

BRASIL. **Resolução CFM N° 2.144**, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. **Sociedade brasileira de Diabetes**. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/colunas/50-dr-ney-cavalcanti/272-sistema-de-saude-americano-ruim-e-dificil-de-ser-modificado>. Acesso em 26 mar. 2020 *apud* PINTO, RMF; GARCIA, MSMP; GONÇALVES, AMS. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. São Paulo, 2020.

CAVALCANTI, Ney. Sistema de saúde americano: ruim e difícil de ser modificado. 2020.

CHEN, H; TAN, D. Cesarean Section Or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. **Frontiers in Psychology**, v. 10. p. 351. February, 2019.

FARIA, N. A; FEUERSCHUETTE, O. H; DAL-BÓ, C. M; CAMPOS, C. W; SCOPEL, G. E. Fatores associados à escolha da via de parto entre estudantes do curso de Medicina no Sul do Brasil. **Femina**. v. 49, n. 6, p. 367-372, 2021.

HANNAH, M. E; HANNAH, W. J; HEWSON, S. A; HODNETT, E. D; SAIGAL, S; WILLAN, A. R. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. **Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet**. v.356, n. 9239. p. 1375-1383, 2000.

HONNEF, F; ARBOIT, J; DE PAULA, C. C; PADOIN, S. M. M. Escolhas das mulheres no processo de parto: revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**. v. 8, Dezembro, 2018.

JUNIOR, T. L; STEFFANI, J. Á; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista bioética**. v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013.

KOTTWITZ F; GOUVEIA, H. G; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Revista EEAN**. v. 22, n. 1, 2018.

LIMA, B.; FREITAS, E. A. M, de; Escolha da via de parto: uma revisão integrativa. **REFACS (Online)**, jan/mar 2020; 8 (1), ISSN: 2318-8413, DOI: 10. 18554/refacs. v8i1.4480. Acesso em: 30/09/2022.

MALHEIROS, P. A; ALVES, V. H; RANGEL, T. S. A; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 21. n. 2. p. 329-337. Abr-Jun, 2012.

MASCARELLO, K. C; HORTA, B. L; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesáreas sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista Saúde Pública**. p. 51:105, 2017.

MASCARELLO, K. C; MATIJASEVICH, A; SANTOS, I. S; SILVEIRA, M. F. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.21, 2018.

NASCIMENTO, R. R. P; ARANTES, S. L; SOUZA; E. D. C; CONTRERA, L; SALES, A. P. A. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36. p. 119-126, 2015.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Assessing Health Outcomes by Birth Settings; Backes EP, Scrimshaw SC, editors. Birth Settings in America: Outcomes, Quality, Access, and Choice. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020 Feb 6. Summary. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555481>

NICIDA, L. R. A; TEIXEIRA, L. A. S; RODRIGUES, A. P; BONAN, C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25. n. 11. p. 4531-4546, 2020.

OLIVEIRA, V. J; PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 71. p.1304-1312, 2018.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Hum Reprod Program; 2015.

PIMENTEL, T. A; FILHO, E. C. O. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciências da Saúde**. v. 14, n. 2, p. 187-199, jul./dez. 2016.

PINTO, R. M. F; GARCIA, M. S. M. P; GONÇALVES, A. M. S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Revista Científica Intraciência**. v. 19. Junho, 2020.

PREIS, H; MAHAFFEY, B; LOBEL, M. The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States. **Birth-Issues In Perinatal Care**. v. 48, p. 242–250, 2021.

RAFIEI, M; NAZ, M. S. G; AKBARI, M; KIANI, F; SAYEHMIRI, F; SAYEHMIRI, K; VAFAEE, R. Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Reproductive Bio Medicine**. Tehran, v. 16. n. 4. p. 221-234. Abril, 2018.

RODRIGUES, Q. G; GUSMÃO, K; NASCIMENTO, L. C; ARAÚJO, L. A; MOTA, E. E. S; CAMISÃO, A. R. Fatores que influenciam a decisão da via do parto. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública**. v. 8, p. 01-12, 2022.

RUDEY, E. L; LEAL, M. C; REGO, G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. **Medicine**. v. 99. n. 17. Março, 2020.

SANTANA, F. A; LAHM, J. V; SANTOS, R. P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 123-127, 2015.

SCANDIUZZI, M. M; PINHEIRO, T. C; RODRIGUES, A. A. N; CLARET ALCADIPANI, F. A. M. Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 16. n. 4. p. 178-181, 2014.

SELL, S. E; SANTOS, E. K. A; VELHO, M. B; ERDMANN, A. L; RODRIGUEZ, M. J. H. Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 49. n. 3. p. 502-508, 2015.

SILVA, D. E. S; LIMA, K. M. S; SANTOS, J. M. de J; MENEZES, A. F. de; FREITAS, C. K. A. C; LEITE, A. M. Razões maternas da preferência inicial pelo tipo de parto em um município do nordeste brasileiro. **Cogitare enferm**. v. 25, 2020.

SILVA, J. R. da. *et al*. Fatores que influenciam na decisão de escolha da via de parto: revisão integrativa da literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, vl. 18, p. 61-76. Outubro, 2020.

SILVA, M. M. J; SILVA, S. C. B; MELO, G. A; Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**. v. 21, n. 2, Dezembro, 2019.

SILVA, T. P. R; PINHEIRO, B. L. S; KITAGAWA, K. Y; COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G; SIMÃO, D. A. S, *et al.* Influence of maternal age and hospital characteristics on the mode of delivery. **Rev Bras Enferm**. v. 73, 2020.

SOUSA, J. V; OLIVEIRA, M. S; ENCARNAÇÃO, S. C. Influência da escolha do parto pelas gestantes. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**. v. 2, n. 2, jul./dez. 2015.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**. v. 8 (1 pt 1). p. 102-106, 2010.

VASCONCELOS, N. B. A; LIMA, M. K. C; COSTA, M.V. A; CHICHARO, S. C. R; ANDRADE, CS. Fatores que influenciam na decisão da escolha da via de parto: uma revisão integrativa. **Research Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021.

ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO À REVISTA CIÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA



Classificação na WEBQUALIS da CAPES na área de avaliação Enfermagem: A1

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

1. 1. Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
2. 2. Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
3. 3. Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. Não é cobrada taxa de publicação. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Orientações para organização de números temáticos

1. A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

2. Modalidades de Números Temáticos:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada. Maiores informações no [site da Revista](#).
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O que uma proposta de número temático deve conter?

No conteúdo:

- Artigos inéditos sobre o assunto temático em seus mais diferentes aspectos, devendo ser quase todos ou na totalidade, frutos de pesquisa. E algum texto de opinião que contemple o livre pensar de alguém importante da área e que tem domínio intelectual sobre o tema, o que pode ser substituído por uma entrevista com uma pessoa de referência no assunto. Uma ou duas resenhas.
- Deve incluir pesquisadores de instituições diferentes (se possível, também colegas de outros países que trabalham com o mesmo tema). Aceitam-se artigos, além de em português, em espanhol, inglês e francês.
- Um mesmo autor não pode ter seu nome incluído em mais de três artigos.

Na forma:

- Título (ainda que provisório) da proposta do número temático;
- Nome ou nomes dos proponentes.
- Justificativa resumida em um ou dois parágrafos contendo o tema, os objetivos da proposta, seu contexto, significado, originalidade e relevância para a Saúde Coletiva.
- Listagem dos dez (no máximo 15) artigos propostos já com possíveis títulos e nomes dos possíveis autores que serão convidados.
- Proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto;
- Proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

O Editorial também é responsabilidade dos proponentes.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

1. O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
2. Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
3. As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
4. O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
5. Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
6. As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de

40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (running head) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as

orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

A RC&SC atende a Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação / Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Gabinete sobre citação obrigatória da CAPES para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.