



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
GABRIELA MORENO MARQUES

PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS
DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Tubarão
2020

GABRIELA MORENO MARQUES

**PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS
DE GESTANTES EM RELAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO**

Linha de pesquisa: Investigação de agravos crônicos à saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde para a obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Betine Moehlecke Iser, Dra
Coorientadora: Profa. Rosa Cristina Ferreira de Souza, Dra.

Tubarão
2020

M28 Marques, Gabriela Moreno, 1994 -

Proposta de um instrumento para avaliação das expectativas de gestantes em relação ao parto e nascimento / Gabriela Moreno Marques. – 2020.

127 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Orientação: Profª. Dra. Betine Moehleck Pinto Iser

Coorientação: Profª. Dra. Rosa Cristina Ferreira de Souza

1. Parto (Obstetrícia). 2. Cesariana. 3. Parto humanizado. 4. Gravidez. I. Iser, Betine Moehleck Pinto. II. Souza, Rosa Cristina Ferreira de. III. Universidade do Sul de Santa Catarina. IV. Título.

CDD (21. ed.) 618.2

Ficha catalográfica elaborada por Carolini da Rocha CRB 14/1215.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Proposta de um instrumento para avaliação das expectativas de gestantes em relação ao parto e nascimento

GABRIELA MORENO MARQUES

AUTOR

Aprovado pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 28 de fevereiro de 2020.

Doutora Betine Pinto Moehleck Iser (orientador)

Doutora Ana Carolina Brunatto Falchetti (Avaliador externo - Unisociesc) – *presente por videoconferência*

Doutor Rafael Mariano, de Bitencour (avaliador interno)

Professora Doutora Fabiana Schuelter Trevisol

COORDENADORA ADJUNTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNISUL

Dedico este estudo às melhores pessoas que me rodeiam todos os dias: Diego, Vanda, Jair, Renan, e ao meu pai, que mesmo distante está sempre em minha memória.

AGRADECIMENTOS

Há tantas coisas, e pessoas, pelas quais eu sou grata que, com toda a certeza, não caberiam em palavras e seria impossível mensurar. Mas gostaria de deixar registrado aqui algumas delas.

Sou muito grata por tudo o que já vivi e conheci em minha vida, grata a Deus por suas bênçãos diárias e por ter o privilégio de sentir Tua presença todos os dias em pequenos detalhes.

Sou abençoada de ter ao meu lado uma pessoa incrível, que por sinal é meu noivo, Diego. Sem ele eu não estaria aqui hoje, defendendo o meu mestrado. Sem ele eu não teria tantos momentos incríveis em minha memória, não teria conhecido a melhor versão de mim, e o que é um amor verdadeiro. Obrigada meu lindo!

Agradeço à minha família, constituída de muito amor e pessoas incríveis: Vanda, Jair, Renan, Marilda, Neusa, Josilaine, e meus amigos amados: Simone, Mayflower, Thaise, Gustavo, Daniela, Danieli, Letícia, Andriele, vocês são aqueles que sempre estão ali por mim, com uma risada, um apoio, uma conversa séria e sempre interessados em tudo o que faço, obrigada!

Às amigas que o PPGCS me trouxe: Cássia, Gláucia e Daniela, muito obrigada por todas as nossas conversas, os auxílios e as parcerias que formamos neste período, tenho certeza que nos encontraremos ainda muitas vezes.

Grata por ter conseguido finalizar mais esta etapa em minha vida, com todo o apoio da minha orientadora querida Prof. Dra. Betine Pinto Moehlecke Iser, você mergulhou junto comigo deste o princípio neste mundo das gestantes, das expectativas e dos instrumentos. Não foi fácil, mas com o seu apoio e a sua presença em cada etapa tudo se tornou mais prazeroso e interessante.

À querida Prof. Dra. Rosa Cristina, muito obrigada por estar presente desde a minha graduação, suas contribuições e seu olhar me auxiliaram muito neste caminho.

À todas as gestantes e futuras mães que aceitaram fazer parte deste estudo, desejo que todas vocês tenham uma “boa hora” e que sejam felizes nesta

etapa de maternidade. Aos profissionais que participaram do grupo focal, saibam que vocês ajudaram a fazer a diferença, obrigada!

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pois sem sua ajuda este dia não teria chegado, obrigada!

“É o cuidado que você dedicou a sua rosa que a faz tão especial”
(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

Conhecer as expectativas da gestante quanto ao parto e nascimento, e os sentimentos envolvidos nesse momento, como a ansiedade e o medo frente a um cenário inesperado, é importante para que os profissionais de saúde possam a orientar de forma realista sobre o momento do parto. Este estudo teve o interesse de construir um instrumento que mensure as expectativas das gestantes em relação ao processo de parto, além de realizar uma validação preliminar. O desenvolvimento do estudo ocorreu em quatro etapas: 1) revisão sistemática da literatura sobre os questionários já utilizados que abordam o constructo de interesse deste estudo: as expectativas em relação ao processo de parto; 2) organização de dois grupos focais, com profissionais da área e com gestantes, para discussão da temática. 3) Construção e teste do instrumento com gestantes primíparas e múltiparas, identificadas nas unidades básicas de saúde, grupos de gestantes, roda de doulas; 4) avaliação da confiabilidade e validade do instrumento e proposta de sua versão final. Um questionário preliminar de 22 itens foi elaborado e suas propriedades psicométricas foram testadas em uma amostra piloto de 67 gestantes. O instrumento final foi composto de 10 itens. A análise fatorial indicou três dimensões do instrumento: segurança (4 questões), sentimentos (4 questões), e preocupações (3 questões). Sua fidedignidade foi avaliada pelos testes estatísticos Alpha de Cronbach e Spearman com valores de 0.6727 e 0.7658, respectivamente. O Questionário de Expectativas quanto ao Parto e Nascimento (QEPN) mostrou propriedades psicométricas adequadas para avaliar expectativas de gestantes. A partir de sua aplicação em uma amostra piloto, apresentamos uma proposta para futura validação. Este instrumento de fácil aplicação pode ser uma ferramenta útil para avaliar melhor as expectativas das gestantes, podendo servir tanto no âmbito assistencial da obstetrícia quanto para futuras pesquisas.

ABSTRACT

Knowing the expectations of the pregnant woman regarding childbirth and birth, and the feelings involved in that moment, such as anxiety and fear in the face of an unexpected scenario, is important for health professionals to be able to provide realistic guidance on the moment of delivery. This study was interested in propose an instrument that measures the expectations of pregnant women in relation to the delivery process, in addition to performing a preliminary validation. The development of the study took place in four steps: 1) systematic review of the literature on the questionnaires already used that address the construct of interest in this study: expectations regarding the delivery process; 2) organization of two focus groups, with professionals in the field and with pregnant women, to discuss the theme. 3) Construction and testing of the instrument with primiparous and multiparous pregnant women, identified in basic health units, groups of pregnant women, doulas meetings; 4) evaluation of the instrument's reliability and validity and proposal for its final version. A preliminary questionnaire of 22 items was prepared and its psychometric properties were tested in a pilot sample of 67 pregnant women. The final instrument was composed of 10 items. The factor analysis indicated three dimensions of the instrument: security (4 questions), feelings (4 questions), and concerns (3 questions). Its reliability was assessed by the Cronbach and Spearman Alpha statistical tests with values of 0.6727 and 0.7658, respectively. The Childbirth and Birth Expectations Questionnaire (QEPN) showed adequate psychometric properties to assess the expectations of pregnant women. From its application in a pilot sample, we present a proposal for future validation. This easy-to-use instrument can be a useful tool to better assess the expectations of pregnant women, and can suit both in the scope of obstetric care and for future research.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	7
1.1.1 A gestação	7
1.1.2 O parto	9
1.1.2.1 Parto vaginal	12
1.1.2.2 Parto cesáreo	14
1.1.2.3 Parto humanizado	16
1.1.3 Expectativas na gravidez	17
1.1.4 Instrumentos para medir as expectativas em gestantes	20
1.1.4.1 Processo de construção de um questionário	21
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. MÉTODOS	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 ETAPAS DO ESTUDO	25
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	27
3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	27
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	28
4. RESULTADOS	29
ARTIGO 1	30
ARTIGO 2	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
ANEXO A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética	82
ANEXO B – Artigo 3	86
ANEXO C – Artigo 4	95
ANEXO D – Artigo 5	97
ANEXO E – Artigo 6	98
ANEXO F – Normas para publicação no American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG)	100
ANEXO G – Normas para publicação na Revista Interface	113

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo marcante e importante na vida da mulher, constituindo-se um marco. Caracteriza-se por profundas modificações físicas, hormonais e psíquicas na mulher¹.

Neste processo da gestação, com a possibilidade da assistência e acompanhamento do pré-natal, a gestante pode sanar suas dúvidas sobre o trabalho de parto, os tipos de parto disponíveis, e assim escolher de forma mais consciente o tipo de parto que deseja realizar, contando com a ajuda dos profissionais de saúde que acompanham a sua gestação^{2,3}.

Muitos são os mitos e contos populares, experiências, emoções e sentimentos que perpassam no processo da gestação, principalmente no caso das primíparas, que são as mulheres que vão ter o seu primeiro filho². Estas informações vindas, em alguns casos, de lugares não científicos, podem influenciar na gestação da mulher, na escolha do tipo de parto, no trabalho de parto a ser realizado, entre outras escolhas da gestante, podendo ter reflexos positivos ou negativos no parto e no pós-parto⁴.

É direito da gestante conhecer o funcionamento de cada parto, seus benefícios e riscos de forma clara e precisa, para que escolha com mais discernimento o tipo de parto que deseja realizar e se prepare para este momento⁵. Estas informações quanto ao tipo de parto visam a autonomia da gestante na escolha, e influenciam diretamente na maneira como ela irá se comportar no momento do parto e possíveis complicações que podem ocorrer⁶.

Conhecer as expectativas da gestante quanto ao processo de parto, e seus principais sentimentos, como a ansiedade e o medo frente a um cenário inesperado ou desconhecido, é importante para os profissionais de saúde que a acompanham, para que estes possam a orientar de forma realista sobre as possibilidades de ocorrências e sobre o seu imaginário, presente na fala da gestante, tirando suas dúvidas sobre todos os procedimentos do trabalho de parto e do tipo de parto escolhido^{4,7}.

Quando as expectativas da gestante em relação ao trabalho de parto e parto são alcançadas, ela possui uma experiência e satisfação positiva dos mesmos⁸. Esta satisfação de todo o processo de parto é fundamental para que a mulher possa se sentir acolhida, importante e participativa no processo de tornar-se mãe⁹. Para os

profissionais de saúde, as motivações da paciente podem ajudar a avaliar como está funcionando a equipe, os pontos que podem melhorar ou dar mais atenção, e se as atitudes realizadas estão gerando resultados positivos. Os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento obstétrico, ao ficarem cientes das expectativas das mulheres, podem pensar em novas estratégias no cuidado com estas pacientes, de forma a aprimorar a atenção ao binômio mãe-bebê e assim a satisfação das puérperas^{4,6,7}.

Dentre as formas de mensurar sentimentos como expectativas e anseios, existem instrumentos utilizados nas pesquisas clínicas e sociais que medem constructos, em geral subjetivos, de uma forma mais objetiva, por meio de questionários e escalas^{10,11}. As escalas possuem o objetivo de mensurar variáveis abstratas, atitudes ou condições de saúde^{11,12}. Para medir os fenômenos de expectativas com o parto, alguns instrumentos já foram desenvolvidos, tais como o “Questionário de experiência e satisfação do parto (QESP)”¹³, “*Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (WDEQ)*”¹⁴, “*Salmon questionnaire*”¹⁵, dentre outros disponíveis. Entretanto, tais instrumentos não foram utilizados e validados para a realidade brasileira, e não existem até o momento outras medidas para avaliar estes fenômenos no Brasil. Percebe-se a necessidade de construir um instrumento voltado para esta temática, que aborde as expectativas de gestantes brasileiras em relação ao seu processo de parto. Considerando as políticas de melhoria da atenção ao parto implementadas recentemente no país^{16,17,18}, esse tipo de avaliação torna-se fundamental para o monitoramento do impacto de programas específicos e para criação de novas políticas públicas para esta população, visando a melhoria do cuidado com as gestantes. Pode-se ainda, a partir deste, fomentar o espaço para discussões nesta temática e possibilitar a produção de novos estudos na área^{4,7}.

Com base no exposto, este estudo teve o interesse de construir um instrumento que mensure as expectativas das gestantes em relação ao momento do parto e nascimento, e testá-lo em uma amostra piloto, como uma etapa preliminar de validação.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 A gestação

A gestação é um processo gerador de uma nova vida humana e uma etapa importante na vida da mulher. Este processo inicia na concepção e tem duração média de nove meses, 40 semanas, em que o feto se desenvolve no útero. Este processo fisiológico foi preparado e esperado pelo organismo da mulher durante toda a sua vida fértil e amadurecimento sexual, preparando e adaptando-se para a chegada deste novo ser¹⁹.

Durante a gestação, também chamada de gravidez, ocorrem muitas mudanças fisiológicas e psicológicas no corpo da mulher. Mudanças fisiológicas relacionadas às necessidades nutricionais da mulher, de energia, de proteínas, alterações físicas como enjoos, desejos alimentares, mal-estar, e ao formato do corpo são comuns na gravidez^{19,20}. Algumas mulheres, durante a gestação, começam a adotar em suas vidas comportamentos e hábitos alimentares mais saudáveis visando benefícios à saúde do bebê¹⁹. Mudanças comportamentais e no estilo de vida não apenas da gestante, mas de toda a família envolvida na gravidez, também são comuns¹⁹.

Enquanto a gestante se prepara para a maternidade, o nascimento do seu bebê, ela desenvolve expectativas e sentimentos em relação à criança que irá nascer e em como sua vida irá mudar diante deste acontecimento. As primíparas, que são as mulheres que esperam o seu primeiro filho, se preparam para compreender seu papel neste contexto até então ainda não vivenciado e desconhecido².

Frente a este contexto inexplorado da gestação, é comum que se apresente sintomas de ansiedade e nervosismo nas gestantes em relação ao tipo de parto a ser escolhido, principalmente nas primíparas ou “mães de primeira viagem” que ainda não compreendem com totalidade o que acontece em seu corpo e desenvolvimento do bebê. Este componente emocional que pode ser caracterizado ainda como insegurança, medo e intranquilidade, acompanha toda gestação e, em geral, termina no momento do parto e nascimento do bebê. Muitos destes sentimentos de insegurança e medo podem ser associados à gestante temer o bebê nascer com alguma malformação, a ter que ser hospitalizado, temer alguma

laceração, a dor do parto, a não conseguir dar à luz, e até mesmo ao nascimento natimorto².

Durante a gestação é importante que as mulheres sanem suas dúvidas, receios sobre o parto e sobre a saúde do bebê, com os profissionais de saúde que a acompanham. Uma ação que auxilia neste sentido de informar e auxiliar as gestantes é a realização do pré-natal, devido ao mesmo ser caracterizado por garantir às gestantes o cuidado de qualidade à sua saúde e à saúde do bebê durante a gravidez²¹.

As consultas do pré-natal não se restringem à saúde física da gestante e do bebê, elas também são importantes para esclarecer sobre o trabalho de parto e momento do nascimento. Prestam informações sobre cuidados com o recém-nascido, sobre a amamentação, auxiliam na preparação psicológica, além da física, para o momento do parto e da maternidade, possibilitando assim muitos aprendizados à gestante e aos familiares^{2,3}.

A partir das consultas de pré-natal e do acompanhamento médico durante a gestação, a mulher e seus familiares podem ir se preparando a esta nova fase em suas vidas, recebendo informações importantes quanto às orientações sobre o cuidado na alimentação, repouso, ao preparo para o trabalho de parto e parto, como manter a tranquilidade e como agir nestes momentos, obter informações quanto ao pós parto, à amamentação e os primeiros cuidados com o bebê²². Quando a gestante é bem informada no pré-natal sobre as etapas do processo gestacional e ao momento do parto, estas informações diminuem o medo e a ansiedade destes momentos até então desconhecidos. A confiança nos profissionais de saúde gera também maior autonomia para que a mulher tenha uma escolha quanto ao tipo de parto realizado, especialmente para o parto vaginal, pois é fortalecida a sua capacidade de parir de forma normal e a motiva para esta escolha de tipo de parto²³.

O apoio familiar e acompanhamento durante as consultas da gestante é importante, pois auxilia a primípara a enfrentar as descobertas da gravidez de forma mais tranquila, podendo contar com o suporte e cuidados da família, tanto físicos como psicológicos, durante a gestação e após o nascimento do bebê².

Cada período da gestação é marcado por características do desenvolvimento fetal, do tempo da gestação, dos sinais e sintomas da gestante. Como a gravidez é caracterizada por um processo com duração de aproximadamente nove meses, comumente se divide este processo em três

trimestres de gestação, cada um com suas características físicas e psicológicas próprias^{2,19}.

O primeiro trimestre da gestação é marcado principalmente pela surpresa da descoberta da gravidez, podendo surgir sentimentos de ambivalência e incerteza quanto à aceitação de se estar grávida. É comum a preocupação da gestante com a sua saúde e dúvidas sobre a sua capacidade de ter um bebê, bem como sentimentos de medo e preocupação sobre a aceitação da família e do companheiro. Este período vai da 1ª até a 13ª semana de gestação.²

O segundo trimestre de gestação é contado a partir da 14ª semana e vai até a 27ª semana, sendo marcado por grandes mudanças no desenvolvimento fetal, como a possibilidade do descobrimento do sexo do bebê e os primeiros movimentos sentidos pela gestante. Em relação às emoções da gestante, este é um período considerado mais estável do que o primeiro trimestre, momento no qual ela sente o bebê como um ser separado de si, mas ao mesmo tempo dependente dela^{2,24}.

O período do terceiro trimestre da gestação, da 28ª semana até a 40ª semana, é definido pelo final da gravidez, quando se aproxima o evento do parto e nascimento. Neste período, pode surgir na mulher sentimentos de ansiedade quanto ao parto e ao nascimento do bebê, de cansaço pelo período longo de gestação, e ainda insegurança e medo em relação ao trabalho de parto que ela irá passar^{2,24,25}.

1.1.2 O parto

O parto é o final da gestação, o momento no qual há o nascimento do bebê que estava sendo formado durante a gravidez. Neste momento único e especial, é direito da mulher participar das decisões sobre a sua saúde e o seu corpo, incluindo aqui o tipo de parto que deseja realizar⁵. Para esta decisão do tipo de parto a ser realizado, é necessário que a gestante tenha informações completas sobre os riscos e benefícios de cada parto, seja o tipo de parto vaginal, parto cesariano ou parto dito humanizado, de acordo com a sua realidade (como situação de saúde própria e do bebê, presença de complicações e posição fetal). Poder ser livre na escolha do tipo de parto é um direito da gestante, sendo essencial que ela possa receber o auxílio das informações pelos médicos, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde envolvidos neste processo²⁶.

Segundo os dados de 2016 do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), houveram 12.902 nascimentos na região Sul de Santa Catarina, dentre estes 8.347 foram cesarianas e 4.554 do tipo vaginal²⁷. Percebe-se um número muito elevado de cesarianas realizadas no ano de 2016, totalizando 65% dos partos realizados, quando a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de 15% para os partos cesáreos²⁸. A média nacional no Brasil é de 57% de partos cesáreos, taxa muito superior à recomendação da Organização Mundial de Saúde para prevenção da mortalidade materna²⁹.

Médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde que estão acompanhando a gestante devem passar informações acuradas sobre os tipos de partos que estão disponíveis, de acordo com a condição de saúde e do organismo da mulher. Dessa forma, as mulheres devem ser adequadamente orientadas, de forma clara e completa, sobre a preparação e os cuidados necessários durante o período do trabalho de parto, parto e pós parto e dos tratamentos necessários, configurando-se em um dever ético e legal destes profissionais, e um direito da gestante^{5,30,31}.

Para que o parto possa acontecer, a mulher passa por um momento que o antecede chamado de trabalho de parto, indicando que o bebê está pronto para nascer¹⁷. O trabalho de parto se caracteriza por um conjunto de sintomas fisiológicos que tem como objetivo a dilatação do colo uterino para a passagem do bebê. É caracterizado também como uma etapa intensa pela gestante e pela família que a acompanha, sendo rodeado pela expectativa do nascimento e das contrações e dores da gestante³². No momento do trabalho de parto são liberados hormônios que preparam a gestante para a amamentação, e hormônios de amadurecimento final no organismo do bebê³³. Nos casos em que a mulher não passa pelo trabalho de parto, em geral nos casos de cesarianas agendadas, é realizada apenas a cirurgia para o nascimento do bebê, em data especificada pelos pais e/ou médico³⁴. Embora nem sempre haja razões médicas para essa decisão, é muito comum este tipo de escolha da cirurgia cesariana sem o trabalho de parto devido à comodidade do agendamento, e/ou devido ao medo de sentir dor pela gestante^{9,35}.

Na escolha do melhor tipo de parto a ser realizado pela gestante, além de recomendações médicas, na existência de complicações clínicas ou obstétricas, diversos fatores socioculturais podem interferir. Entre eles, há o medo da dor, a falta de informação sobre como realmente é realizado o parto, o medo de infligir dano ao

próprio corpo ou ao bebê, na influência de familiares devido a experiências anteriores, entre outros fatores que estão relacionados à vida da gestante^{36,37}. Os profissionais de saúde que atendem as gestantes, levando em consideração estes fatores que estão atrelados à escolha do tipo de parto, conseguem avaliar e informar a gestante sobre os verdadeiros riscos e benefícios de cada tipo de parto, eliminando assim os mitos e especulações sobre eles e auxiliando com uma indicação mais perspicaz, baseada no desejo da gestante e no seu organismo³⁶.

Devido a isso é importante que gestante e profissionais da área da saúde possam trocar estes conhecimentos sobre cada parto e suas indicações durante todo o pré-natal. Através deste contato o profissional da área da saúde esclarece as dúvidas e desmistifica os saberes sobre o momento do parto, trazendo, desta forma, a diminuição da ansiedade da gestante em relação ao tipo de parto que deseja realizar²⁶.

As gestantes precisam estar informadas que, devido a alguma condição de saúde ou complicação que venha a desenvolver durante a gravidez, pode ocorrer que o tipo de parto desejado não seja realizado. Segundo o estudo de Ledford *et al.*⁴, quando a gestante compreende que pode haver algo inesperado que faça com que suas expectativas não sejam atendidas no parto, ela constrói fatores psíquicos de proteção para poder lidar com estas questões do parto⁴.

O momento do parto se caracteriza como um momento de espera, de sentimentos de ansiedade, medo, preocupação, desconhecimento, tanto por parte da gestante quanto por parte da família. Caso esta mulher tenha sido preparada desde o início da gestação, durante o pré-natal, para momento do parto, recebendo dos profissionais da área da saúde orientações em como poderá ocorrer o mesmo, esta gestante vivenciará o momento do parto com maior segurança e satisfação em relação às mulheres que não receberam este preparo. Planejar o parto juntamente com profissionais da área da saúde auxilia na segurança da gestante, na satisfação e no empoderamento da mulher, sendo que estes sentimentos são passados da gestante para os familiares que a acompanham³.

O momento do parto é antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, planejamento e ideias, e se caracteriza como um evento que mobiliza sentimentos de medo, ansiedade e excitação na mulher. Passar por este momento pode auxiliar na transformação da identidade da gestante/mãe, mudando a sua forma de agir e de pensar sobre diferenciados aspectos³⁸. O parto pode então ter um impacto positivo

ou negativo na vida de uma mulher, mesmo após a sua conclusão, podendo repercutir durante sua vida através de lembranças e de sentimentos deste momento³⁸.

Cada tipo de parto possui implicações relacionadas a sua indicação, possui riscos e benefícios à gestante e ao bebê, complicações que podem ocorrer, tempo diferente de realização do parto e repercussões futuras². Há ainda, em cada parto, a possibilidade de desenvolver danos ou benefícios psicológicos na mulher. Sendo assim, há mais do que apenas a preocupação da saúde física da mãe e do bebê, deve-se olhar de uma forma mais holística para esta escolha³⁸. Um estudo transversal de Benute *et al.*³⁶, identificou que independentemente do tipo de parto escolhido pelas gestantes, a escolha do mesmo é baseada na expectativa da mãe em ter um parto sem dor, rápido, com uma boa recuperação materna e visando o bem estar do bebê.

Recomendações de órgãos de saúde indicam que o parto vaginal deve ser a primeira indicação à gestante, por ser um tipo de parto com mais benefícios tanto para a saúde do bebê quanto da mãe, e com menos riscos à saúde, salvo os casos em que devido a alguma condição clínica da mulher é necessário ser realizado o parto do tipo cesáreo para proteger a saúde da mãe e do bebê^{2,17,26,39}.

1.1.2.1 Parto vaginal

O parto é caracterizado como normal, ou vaginal, quando ocorre sem intercorrências no processo de trabalho de parto e parto, e sem procedimentos desnecessários, mantendo-se constantemente a segurança e os direitos da gestante e do bebê⁴⁰.

Muitas vezes a escolha da gestante em ter um parto vaginal se caracteriza por ser o que possui uma recuperação mais rápida, menor dor no pós-parto e uma maior vivência e controle da mulher no momento do parto⁴¹. Há um maior protagonismo da gestante no parto vaginal do que no cesáreo, pois a mesma é quem está no controle para o nascimento do bebê e participa ativamente durante todo o período do trabalho de parto e parto. As dores sentidas durante este processo podem ser associadas e entendidas como “dores de mãe” e sentidas até mesmo de forma prazerosa pela gestante³⁶.

Por outro lado, é comum algumas gestantes excluírem a ideia de realizar um parto vaginal devido a temerem a dor do parto, ou de virem a desenvolver uma laceração perineal ou uma incontinência urinária²⁶. É importante que a gestante possa mostrar estes receios aos profissionais da área da saúde que a acompanham no pré-natal, pois através do diálogo seus medos e dúvidas podem ser esclarecidos. O trabalho de Benute *et al.*³⁶ avaliou gestantes que afirmaram possuir medo do parto e as que não possuíam medo do parto, e após o nascimento foi identificado que as gestantes que afirmaram ter medo do parto tiveram um tempo de trabalho de parto maior quando comparadas às mulheres que afirmaram não estar com medo do parto. Esta falta de informação adequada sobre as formas de manejo de dor no trabalho de parto e parto e sobre todos os benefícios do parto vaginal contribui para um elevado número de cesarianas que crescem no país e aumentam a insegurança das gestantes^{14,26}.

Dentre os benefícios associados ao parto vaginal para o bebê, pode-se citar a prevenção de problemas respiratórios, a maturação do sistema neurológico e imunológico e a prevenção de desenvolvimento de asma futura¹⁷. O parto vaginal deve ser sempre a primeira opção à gestante, excluindo-o nos casos de problemas da gestação ou do organismo da mãe que o impossibilitem ser executado, quando há indicação médica, como risco de morte para a mãe, para o bebê, ou para ambos^{17, 26}.

A preferência inicial pelo parto vaginal pelas gestantes é comum em muitos estudos^{23,26,42,43}, como no estudo de Domingues *et al.*²¹, em que 66% das gestantes desejam um parto vaginal no início da gestação. Apesar da indicativa preferência pelo parto vaginal pelas gestantes, o maior número de partos realizados no Brasil são de cesarianas^{23,44}.

Para que se possa manter ou elevar o número de gestantes que desejam o parto do tipo vaginal e aumentar a proporção destas que conseguem ter um parto final como vaginal, os profissionais de saúde, durante a assistência pré-natal, devem disponibilizar as informações de como funciona o trabalho de parto, o parto final e com isto enfatizar os benefícios do mesmo. Desta forma, pode-se fornecer segurança à gestante na sua capacidade de parir por esta via vaginal de forma mais acurada e menos temerosa^{23,45}.

1.1.2.2 Parto cesáreo

O parto cesáreo surgiu como uma necessidade médica, sendo uma cirurgia de recurso nos casos em que o bebê não consegue ultrapassar o canal do parto vaginal⁴¹. Este tipo de parto é recomendado também nos casos em que há um risco de morte pela mãe, pelo bebê ou por ambos, sendo indicado em casos de gestações de alto risco³¹.

Apesar de a cesariana ser recomendada apenas para casos emergentes, no Brasil ela alcança níveis “epidêmicos”, sendo o país classificado como o segundo no mundo com a maior taxa deste tipo de cirurgia¹⁷. A cesariana é considerada atualmente um problema de saúde pública, e tem sido interesse de muitos estudos sobre o tema, a partir dos quais se percebe que há uma controvérsia em relação ao número de indicação de cesarianas e a alta incidência deste tipo de parto⁴².

Em estudo realizado em Maringá, no estado do Paraná, por Oliveira *et al.*²³, verificou-se que 3 em cada 10 mulheres tinham como opção inicial o parto cesáreo, mas ao chegar ao final da gravidez, 8 em cada 10 mulheres optaram pela cesariana²³. A opção pela via de parto cesariana pelas gestantes, ocorre devido ao parto cesáreo ser considerado mais rápido, indolor e moderno, sendo por estes motivos a escolha de muitas gestantes que possuem o medo de sentir dor e sofrimento no momento do parto^{14,46-48}. Esta escolha ainda se justifica no sentido de ser mais cômodo e com maior controle do tempo e horário de nascimento, pela possibilidade de agendar uma data, e da crença da gestante de ser um procedimento com menor riscos³⁶. Ainda, a escolha por este tipo de parto pode ser por indicação e/ou escolha do médico que atende a gestante, o qual explica de forma insuficiente o procedimento do parto vaginal, de forma explícita ou implícita, e que tende a orientar de maneira mais enfática a prática da cesariana à gestante, para sua comodidade^{42,46}.

Estudos anteriores já identificaram que as gestantes que creem que a cesariana é um parto com menor riscos, possuem pouca orientação ou informações mal compreendidas sobre indicações e contraindicações de cada tipo de parto^{36,47}. Embora a cesariana seja uma cirurgia muitas vezes simples, de baixo risco, ela pode causar complicações sérias à gestante, como lesão de órgãos, endometrite, hemorragia e tromboembolismo venoso⁴⁹. Possui um maior risco de infecção e uma dor mais intensa no pós-parto, maior risco de depressão pós-parto, maior tempo de

internação hospitalar e uma maior dificuldade e tempo de recuperação da gestante¹⁷. Em comparação com o parto vaginal, a cesariana possui uma taxa de mortalidade de 2 a 3 vezes maior, e ainda há o risco de consequências para futuras gestações, como o descolamento de placenta, e a redução no poder reprodutivo da mulher^{31,49}.

A cesariana eletiva, ou seja, quando é feita a cirurgia a pedido da gestante sem uma indicação clínica expressa, pode ocasionar riscos à saúde materna e do bebê, desta forma impossibilita um nascimento com benefícios para ambos^{31,39}. Devido aos riscos à saúde da gestante e do bebê relacionados à cesariana, é importante que os profissionais possam informar as gestantes corretamente sobre em que casos são indicados este tipo de parto, tentando assim evitar a generalização da indicação deste tipo de parto a todas as mulheres, e principalmente às mulheres saudáveis. Nos casos das gestantes que já possuem o desejo inicial de realizar uma cesariana devido a temerem a dor do parto, é fundamental que os profissionais possam informar sobre os cuidados de alívio da dor que são disponibilizados durante o trabalho de parto e o parto, tanto os farmacológicos como os não farmacológicos, avaliando as razões da mesma na escolha deste e levantando os benefícios do parto vaginal comparado a cesariana^{23,46}.

Para reduzir o grande número de cesarianas realizadas no Brasil, o Ministério da Saúde tem realizado políticas que tratam sobre a humanização do parto, seguindo evidências científicas sobre as desvantagens da cesariana em relação ao parto vaginal, com o intuito também de reduzir a mortalidade materna e infantil e os gastos para o sistema de saúde⁴². Nesse sentido, foi elaborado, com o apoio do Ministério da Saúde, o Projeto Parto Adequado, que tem o objetivo de valorizar o parto vaginal e consequentemente diminuir o número de cesarianas realizados no Brasil. O projeto visa a utilização de práticas inovadoras e viáveis para a atenção ao parto e ao nascimento nos hospitais que possuem interesse em atuar como apoiadores do projeto¹⁸.

Visando este aprimoramento nos hospitais e a inovação no cuidado na área da obstetrícia, foi criado em 2017 o projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), pelo Ministério da Saúde. Este projeto tem como objetivo a incorporação de um modelo de práticas centradas nas necessidades das gestantes e de seus bebês, avaliando as melhores práticas de

atenção e cuidado baseadas nas relações e nos direitos das mulheres¹⁶. O projeto foi implantado inicialmente em hospitais-escola com o objetivo de aprimorar e inovar no âmbito do ensino, atenção e gestão dentro da atenção obstétrica e neonatal, e através desta associação visa desenvolver e aperfeiçoar práticas de parto e nascimento que façam parte de uma atenção humanizada, e de novos estudos que contemplem esta área para que possam através deste garantir os direitos, a segurança do paciente e o trabalho adequado em equipe e em rede^{16,50}.

1.1.2.3 Parto humanizado

O parto é caracterizado como humanizado quando há uma assistência holística no momento do parto, priorizando uma atenção integral à mulher, no contato com a família, deixando livre a escolha do local para o parto, focando apenas nas necessidades e em aliviar os anseios da gestante durante o trabalho de parto e parto⁴⁰. Promove desta forma um nascimento saudável, utilizando práticas comprovadas como massagens e apoio emocional, que trazem benefícios para a mulher e o bebê²².

No parto humanizado é estabelecida uma relação de confiança entre a parturiente e sua família com a equipe de atendimento, assim a gestante tem liberdade para fazer suas escolhas, mudar de posição no parto, escolher como se sente melhor. Neste processo ocorre o mínimo possível de intervenções por parte da equipe, desenvolvendo como um processo natural e tranquilo⁴⁰. Em geral, a luz do quarto é diminuída, e a mulher prefere ficar em silêncio ou com uma música escolhida, com poucas pessoas a sua volta.

Por meio desta relação de confiança estabelecida com a gestante, todo o diálogo com a equipe e a parturiente é baseado na afetividade, no prazer em servir, e na atenção prestada⁴⁰. Estes profissionais permanecem presentes durante todo o trabalho de parto, de acordo com a vontade e necessidade da mulher, oferecendo o apoio emocional, massagens, técnicas de relaxamento e outras práticas alternativas que proporcionam o alívio das dores e o relaxamento da gestante⁵¹. Os profissionais que a acompanham estimulam a gestante durante o trabalho de parto a realizar exercícios para tornar o processo menos doloroso, deixando-a mais tranquila e tornando este momento humanizado através dos princípios do vínculo e do acolhimento desta gestante e de sua família²².

Este tipo de parto humanizado defende que todas as mulheres podem ter seus partos do tipo vaginal, salvo casos em que há complicações na gestação, havendo mínimas intervenções, e sem o uso de medicalização. Defende também que toda a gestante deve ser ouvida neste momento e que deve ter autonomia em escolher como deseja realizar o seu parto^{51,52}.

Para suprir uma lacuna no atendimento ao parto pelos serviços de saúde, especialmente em se tratando de parto humanizado, surgiu a figura das doulas. A doula é uma mulher que foi treinada para prestar apoio à gestante durante o trabalho de parto e nascimento. Ela trabalha com a gestante algumas técnicas de relaxamento, presta orientações sobre como pode aliviar as dores, encoraja a mulher e a tranquiliza durante todo o processo, fornece suporte físico, emocional e informativo à gestante e à família^{53,54}. Atualmente existem entidades que certificam, cadastram e ensinam diversas técnicas e cuidados às gestantes e ao processo do parto para aqueles que desejam ser doulas, como a entidade Doulas do Brasil e a Associação Nacional de Doulas (ANDO)⁵³.

Uma outra medida desenvolvida pelo governo para melhorar e aproximar as experiências de partos de forma humanizada, foi sancionar a Lei nº. 11.108⁵⁵ que preconiza a presença de um acompanhante junto à parturiente durante toda a transição do parto, sendo assim um direito da mulher poder ter seu parto realizado com a presença de um acompanhante que a mesma escolher. A presença de um acompanhante da escolha da gestante configura-se como reconfortante, pois a mesma pode dividir o medo, possuir contato físico e se sentir mais segura com alguém de sua confiança nos momentos de trabalho de parto e parto⁵⁴. Este apoio emocional e acompanhamento prestado, em geral pelo companheiro da gestante ou familiar próximo, aliado ao contato e a interação com o bebê logo após o nascimento, são fatores apontados como algumas das principais expectativas que as gestantes possuem em relação à gravidez e o parto³⁸.

1.1.3 Expectativas na gravidez

Toda a mulher que está para dar à luz possui expectativas sobre vários fatores ambientais e sociais, sendo que estes fatores podem influenciar na escolha do tipo de parto, no medo de dor, nos sentimentos em relação ao parto, e até mesmo na própria experiência e satisfação do parto realizado⁵⁶. As expectativas são

reflexo de um estado de espera, da incerteza e da esperança em algo que ainda não se conhece, estando desta forma muito presentes em todo o imaginário da gestante^{4,9,30}.

As expectativas das gestantes, especialmente no caso da primeira gestação (primigestas) podem estar relacionadas a sentimentos em relação ao bebê como a preocupação de uma má-formação, a como acontecerá o momento do parto, e em como será a vida após o nascimento^{2,56,57}. Segundo o estudo de Tostes e Seidl⁵⁶, os sentimentos de medo, ansiedade e insegurança foram citados pelas gestantes sobre suas principais expectativas do parto a ser realizado. Em sua maioria, as expectativas identificadas no estudo foram negativas, sendo relacionadas ao medo de possíveis riscos no parto, sofrimento ao dar à luz e insegurança quanto à capacidade de parir⁵⁶. O estudo qualitativo e exploratório de Pedreira e Leal⁵⁷, realizado com 30 gestantes portuguesas sobre as principais expectativas das mesmas em relação ao parto, mostrou que 48% delas responderam que em relação à duração do parto, esperam que seja rápido e fácil; 38% desejam que o parto seja realizado com pouca ou nenhuma intervenção, e 33% imaginam que a dor será algo inevitável e que isso pode trazer sofrimento a elas⁵⁷.

As expectativas das gestantes podem ser moldadas, modificadas ou influenciadas pelas histórias de familiares que já passaram por esta experiência da gestação e do parto, contos populares atrelados ao senso comum, relações negativas com médicos e demais profissionais da área da saúde, mesmo que em muitos casos estas informações não sejam realistas ou acuradas^{4,8,30}. É importante que a família, os médicos, os cuidadores e demais pessoas envolvidas na gravidez identifiquem quais são as expectativas da gestante em relação ao trabalho de parto e o seu desfecho. O estudo de Iravani *et al.*⁸, demonstrou que quando as expectativas da gestante são atendidas, compreendidas, ou até mesmo acertadas, aumenta a probabilidade de a mulher possuir uma experiência positiva do parto realizado. É importante que se possa atingir esta experiência positiva do parto visando uma satisfação da gestante e um cuidado humanizado como um todo⁸.

É importante que os profissionais de saúde transmitam informações adequadas à gestante, permitindo a ela moldar seus anseios em algo realista, tentando assim desmistificar o senso comum que permeia este período de gravidez e periparto. Desse modo, promove-se a preparação da mulher frente às dificuldades que podem ser encontradas, o que ela pode esperar, sobre os sentimentos e

emoções que podem surgir neste momento, podendo assim auxiliar a mulher e a todos os envolvidos a estarem mais preparados para superar os mitos e se adequarem ao que realmente pode acontecer, auxiliando a mulher a ter uma experiência mais satisfatória, segura e com menos receios possíveis⁷.

Esta importância dos profissionais da área da saúde ficarem atentos às expectativas das gestantes é evidenciada no trabalho de Ledford *et al.*⁴ em que as gestantes que possuíam expectativas flexíveis em relação ao momento do parto avaliaram como positiva a experiência final do nascimento. Por outro lado, as que possuíam expectativas fixas levaram a avaliações negativas quanto à experiência do mesmo. Demonstra-se assim, que é possível determinar estes resultados positivos ou negativos quanto à experiência do nascimento, através da flexibilidade das expectativas das gestantes⁴. O mesmo estudo⁴ ainda trouxe como resultado que quando as expectativas da gestante não são atendidas, ou confirmadas, a experiência final do parto é insatisfatória⁴.

A expectativa do parto também pode refletir na satisfação das gestantes, como evidenciado em um estudo realizado em Baltimore, Estados Unidos, por Blomquist *et al.*⁹. As mulheres que vivenciaram seus desejos do tipo de parto quanto a ser vaginal e que o realizaram desta forma tiveram uma satisfação maior do que as mulheres que não vivenciaram o tipo de parto que desejavam, devido a intercorrências e/ou complicações⁹.

A experiência do parto e sua satisfação atingem a autoestima da mulher, e desta forma podem favorecer ou até mesmo prejudicar a relação mãe-bebê após o parto, podendo ocasionar quadros de baixa autoestima, depressão pós-parto e sentimentos de incapacidade na gestante^{9,38}. Incluem-se aqui também o atendimento que a gestante recebeu durante a sua gravidez, e vários outros acontecimentos no trabalho de parto e no parto que podem afetar diretamente a forma como a mulher se sente capaz e segura para cuidar do seu bebê^{9,38}.

As expectativas durante a gestação e parto desempenham um importante papel na vida da mulher e de toda a família envolvida, pois especificam as responsabilidades atreladas a este nascimento e a importância de se preparar para esta mudança⁸. Os profissionais da área da saúde, ao proporcionar uma experiência positiva frente às expectativas criadas pelas gestantes, promovem a saúde física e psicológica das mesmas, diminuindo o medo e ansiedade que podem surgir no momento do parto e em situações de emergência que podem vir a surgir^{4,38}.

1.1.4 Instrumentos para medir as expectativas em gestantes

Os questionários são instrumentos de avaliação muito utilizados na prática clínica, nas pesquisas e para avaliação em saúde. Os questionários são caracterizados como um conjunto de questões construídas para mensurar dados necessários ao alcance dos objetivos de um estudo^{10,11}. As questões avaliadas e mensuradas pelos questionários podem ser de distintas naturezas, como: qualidade de vida, dor, estado de saúde, fatores emocionais e psicossociais, dentre outros de acordo com o que o pesquisador sentir a necessidade de investigar¹¹. Para medidas consideradas subjetivas, como variáveis abstratas, atitudes ou condições de saúde, a elaboração de escalas tem o objetivo de traduzir tais sentimentos em dados numéricos, passíveis de serem medidos e interpretados. Os resultados obtidos a partir da aplicação de um questionário, podem influenciar nas decisões sobre o tratamento, cuidado e auxiliar na construção de políticas públicas e na melhoria do atendimento de saúde¹¹.

Um instrumento que avalia as expectativas e satisfação de gestantes, utilizado em pesquisas que possuem esse foco^{30,58} é o “Questionário de experiência e satisfação do parto (QESP)”, validado por Costa *et al.*¹³ para o uso em Portugal. O questionário é composto por 108 perguntas que avaliam a experiência, satisfação e dor em relação ao parto, trabalho de parto e pós-parto imediato. As respostas do questionário QESP são do tipo *Likert* e possuem escalas variadas de respostas de acordo com cada questão. Nas questões relacionadas à experiência, satisfação e dor elas variam em uma escala entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”), as questões sobre as expectativas variam em uma escala entre 1 e 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor” ou “muito menos”, “menos”, “mais”, “muito mais”), as questões sobre a intensidade da dor variam em uma escala entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”)¹³.

Para avaliar expectativas em relação ao medo do parto, tem-se um instrumento sueco criado e validado para a Grã-Bretanha, Austrália e Suíça por Wijma *et al.*¹⁴, intitulado “*Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (WDEQ)*”. Esse questionário mede os sentimentos das gestantes em relação às expectativas e experiências antes do parto e após o nascimento através de 33 questões, em duas

versões, sendo a versão A aplicada antes do parto, e a versão B aplicada após o parto. Está estruturado em uma escala *Likert* de seis pontos, variando de 0 a 5, com perguntas positivas e negativas, com foco no medo do parto. Um escore igual ou menor que 37 é considerado como “baixo medo”, entre 38 e 65 como “medo moderado” e um escore igual ou superior que 66 representa um “nível alto de medo”⁵⁹.

O instrumento “*Salmon questionnaire*” foi construído e validado por Salmon *et al.*¹⁵ para uso na Espanha. O mesmo pode ser aplicado tanto antes do nascimento, como foco nas expectativas, e após o parto, através da mudança do tempo verbal da pergunta: “Minha experiência com o parto me fará sentir...” para “Minha experiência com o parto me fez sentir...”. É estruturado em 20 frases que são pontuadas através de uma escala *Likert* de cinco pontos variando de “nenhum”, “um pouco”, “moderado”, “bastante”, “extremamente”^{15,60}.

Como apresentado, na literatura há opções para uso de instrumentos que possam medir expectativas e satisfação de gestantes utilizando escalas e questionários, mas até então não há um instrumento único ou consensual para a investigação destes fenômenos. Da mesma forma, a partir de uma busca na literatura nacional, não se encontrou estudos que utilizem instrumentos que avaliem estes aspectos validados para o Brasil, o que dificulta a aplicação imediata de instrumentos validados para outras culturas e línguas diferentes, na realidade brasileira. Tal situação também torna difícil a escolha de um instrumento já existente para sua validação transcultural no Brasil, devido aos instrumentos existentes na literatura não serem específicos para mensurar o fenômeno das expectativas das gestantes, não havendo um instrumento considerado “padrão”. Sendo assim, verificou-se a necessidade de construção de um novo instrumento que meça especificamente as expectativas das gestantes em relação ao momento do parto e nascimento.

1.1.4.1 Processo de construção de um questionário

Nem todos os aspectos que pesquisadores desejam avaliar possuem instrumentos criados ou já validados para uso, o que leva a uma necessidade de o pesquisador construir um novo instrumento que tenha a capacidade de avaliar o fenômeno que se pretende mensurar⁶¹. Atualmente, com o crescente aumento de

pesquisas com o interesse no cuidado à saúde, há um número expressivo de pesquisadores e organizações que têm utilizado escalas e questionários de avaliação para quantificar aspectos de saúde, bem como há desenvolvimento de novos instrumentos que possam medir os aspectos desejados que não possuem instrumentos padronizados e validados até o momento^{12,61}.

Para criar um novo instrumento, o pesquisador precisa seguir algumas etapas que devem ser cumpridas para a sua elaboração e validação⁶². Os fenômenos que são caracterizados como abstratos, psicológicos, não quantificáveis, mas que podem ser observados através de comportamentos e características, são chamados de construtos, podendo ser mensurados por meio de escalas e de questionários^{63,64}.

Para a construção de um questionário, inicialmente se faz necessário que o pesquisador realize uma revisão de literatura que aborde o construto de interesse para, a partir desta, buscar estudos que possam auxiliar na definição de itens que irão compor o instrumento que se pretende criar^{62,65}. Outra forma de desenvolver os itens que comporão o instrumento é por uma avaliação qualitativa do entendimento que o público de interesse tem sobre o tema. Para tal, utiliza-se a estratégia de grupos focais, que são formados entre 10 a 20 pessoas, os quais podem ser compostos por especialistas no tema de interesse, ou mesmo pessoas que caracterizem a população alvo do instrumento que se pretende criar. No grupo focal, os integrantes são questionados sobre o que pensam e opinam sobre o construto que se pretende medir, possibilitando através de suas falas a troca de saberes no tema específico, subsidiando o desenvolvimento de questões importantes para o instrumento^{62,65}. Esta etapa visa garantir a validade do conteúdo que se pretende investigar, e de gerar hipóteses para a construção do instrumento⁶².

Após a construção dos itens que irão compor o instrumento, são necessárias análises que possam definir se o mesmo é válido, se possui confiabilidade e se é prático. Por meio destas análises pode-se validar um instrumento para uso nas diversas pesquisas que pretendem mensurar o mesmo construto^{10,61,66}. Este processo de validação tem como finalidade garantir que o instrumento pode medir o que pretende de forma segura e sem erros^{61,66}.

A validade é caracterizada como a capacidade de um instrumento medir o que se pretende medir, ou seja, de o instrumento realmente mensurar apenas o construto que se tem interesse. Observa-se através dos métodos estatísticos que

avaliam a validade dos instrumentos se o mesmo possui concordância, determinando assim o seu grau de confiabilidade^{61,67}.

A confiabilidade do instrumento pretende avaliar a consistência interna das escalas, avaliando também a estabilidade e o grau de erro na aplicação do mesmo. Sua estabilidade pode ser avaliada pelo método de teste-reteste, que é quando se avalia a variabilidade da escala aplicando-a em momentos diferentes com uma mesma pessoa, sendo o intervalo de aplicação ideal de 2 a 14 dias^{66,67}.

Instrumentos que abordem as expectativas das gestantes com o processo de parto são importantes para subsidiar o entendimento de como esta gestante está se preparando para o momento do parto, e como deve ser o cuidado e atenção a ela no momento tão esperado, entendendo suas motivações e receios. A mulher sentir-se segura e acolhida neste momento, auxilia em uma melhor adaptação ao processo de “tornar-se mãe”, aumentando um sentimento de capacidade e autonomia no cuidado com o bebê. Estudos tem demonstrado que esse empoderamento melhora as taxas de amamentação e diminui as taxas de depressão pós-parto^{9,38}. É importante avaliar estes aspectos de expectativa nas gestantes, em especial nas primíparas, visto que sendo o primeiro parto vivenciado, sua experiência pode afetar diretamente nos partos futuros que a mulher poderá ter^{13,58}. Ainda, as expectativas com o processo de parto, ainda desconhecido, certamente influenciará no relato da experiência e satisfação com o momento vivenciado⁹.

Diante do exposto, este trabalho visa aprofundar questões sobre as expectativas e motivações de gestantes quanto ao momento do parto e nascimento, buscando relacionar uma expectativa positiva ou negativa a características da mulher, suas experiências prévias e ao tipo de parto desejado, de maneira a elaborar um instrumento único que abranja esses sentimentos e possa ser aplicado em larga escala no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir um instrumento que avalie as expectativas de gestantes brasileiras em relação ao parto e nascimento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quais serão os aspectos físicos, psicológicos e pessoais que devem ser abordados no instrumento;
- Definir as questões que comporão o instrumento e suas diferentes dimensões;
- Avaliar o comportamento do instrumento (confiabilidade e a validade) a partir da sua aplicação em uma amostra piloto de gestantes atendidas em Tubarão/SC.
- Propor uma versão final do instrumento para posterior processo de validação.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico, observacional, com delineamento transversal.

3.2 ETAPAS DO ESTUDO

O desenvolvimento do estudo ocorreu em quatro etapas. Na primeira etapa foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados MEDLINE/PubMed, EMBASE (Elsevier), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe / BVS - Biblioteca Virtual em Saúde), sobre os questionários já utilizados que abordam o constructo de interesse deste estudo: as expectativas em relação ao processo de parto. Essa etapa visou o aprofundamento do conhecimento na área, a identificação de instrumentos já existentes e principais itens a serem avaliados. A partir de uma ampla revisão da literatura no tema de interesse, foram definidas questões iniciais para fomentar as discussões da segunda etapa.

A segunda etapa envolveu a organização de grupos focais para discussão da temática, com duas populações:

a) Grupo focal com oito especialistas no tema abordado, sendo: três ginecologistas e obstetras, quatro enfermeiras obstétricas, uma doula. Para a escolha e alocação dos profissionais para compor o grupo foram considerados o conhecimento na temática e a experiência na prática profissional. Essa etapa visou o entendimento dos fenômenos que permeiam o universo feminino no período pré-natal, a fim de produzir itens, revisar, modificar e construir as questões que irão compor o instrumento. Nesse grupo focal, pretendeu-se identificar: “Quais as motivações das mulheres hoje para a escolha em relação ao parto?” e “De que forma a expectativa da mulher interfere no processo de parto?”.

b) Grupo focal com seis gestantes, primíparas e múltíparas, que foram convidadas a participar do estudo nos grupos de gestantes do município de Tubarão, Santa Catarina, nos grupos de doulas e nos grupos realizados pelos hospitais. Para as discussões entre as mulheres no período pré-natal, discutiu-se: “O

que você espera sentir em seu trabalho de parto”?, “Você tem uma escolha em relação ao seu parto”?, “O que influenciou você nessa escolha”?, “Como você tem se preparado para o parto?”.

As discussões nos grupos focais foram gravadas com o aplicativo Gravador de Voz Fácil e transcritas para melhor análise e compreensão. O desenvolvimento das demais questões seguiu os principais tópicos abordados em cada grupo. A partir da análise dos itens que permeiam as expectativas das mulheres, na visão dos especialistas profissionais da área e das próprias gestantes, foi elaborado um questionário, terceira etapa, que contemplou as diferentes dimensões do tema, envolvendo expectativas quanto ao parto. Esse instrumento foi construído com a participação de especialistas na temática abordada utilizando como base as questões abordadas na segunda etapa desta pesquisa, bem como as respostas obtidas. A construção de escalas de mensuração da expectativa com o parto seguiu uma escala de valores, do “concordo totalmente” ao “discordo totalmente” (Escala do tipo *Likert* de 5 pontos).

Após sua proposta inicial, a terceira etapa consistiu no teste do instrumento em uma amostra piloto composta por 67 gestantes, primíparas e multíparas, identificadas nas unidades básicas de saúde, grupos de gestantes, roda de doulas e grupo de mães, de forma a avaliar a compreensão, aceitabilidade, confiabilidade e validade (validação preliminar). O instrumento foi auto aplicado. A análise das respostas permitiu a criação de categorias ou dimensões avaliadas.

Como quarta etapa, foi realizada a proposta do instrumento em sua versão final, permitindo classificar as expectativas da mulher em positivas ou negativas, a partir dos escores obtidos no somatório das questões.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a composição do grupo focal foram convidados a participar profissionais atuantes diretamente no processo de parto e nascimento, tais como ginecologistas e obstetras, enfermeiras obstétricas, doulas. Foi selecionado uma amostra de conveniência, considerando critérios como o conhecimento na temática, a experiência na prática profissional com gestantes, e local de atuação, procurando

abranger profissionais atuantes nos dois hospitais com atendimento obstétrico no município, ambulatório universitário. Para o grupo focal com gestantes, foram convidadas mulheres primíparas e multíparas que estavam em atendimento no ambulatório universitário ou participando de cursos específicos para gestantes. Na terceira etapa, foram incluídas na pesquisa gestantes, primíparas ou multíparas, que estavam participando de cursos de gestantes, consultas de pré-natal ou rodas de doulas no município de Tubarão, que aceitaram participar da pesquisa. Ambas se trataram de amostras por conveniência.

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Especialistas com um tempo menor de 2 anos de formação na área não puderam participar do estudo. Na terceira etapa, mulheres analfabetas foram excluídas do estudo, pela impossibilidade de responder ao questionário-teste.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As discussões do grupo focal foram transcritas, para serem realizadas as análises, a categorização e sumarização dos dados para posterior construção dos domínios e facetas do instrumento. Para a análise qualitativa se utilizou da técnica da análise de conteúdo. Esta é caracterizada como um estudo do conteúdo pesquisado em que se busca o sentido e as intenções das palavras e frases, bem como comparar e avaliar os seus significados¹¹, buscando assim através desta análise identificar os fenômenos que envolvem as expectativas das gestantes e suas motivações em relação ao parto.

Após a aplicação do instrumento, foi utilizada a estatística descritiva para obtenção de frequências, e analítica para comparação dos escores obtidos segundo características sociodemográficas, paridade e tipo de parto escolhido. As variáveis quantitativas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas como frequências e percentuais. As proporções de respostas foram comparadas pelo teste do Qui-Quadrado com correção de Monte Carlo e as diferenças nas médias dos escores pela Análise de Variância (ANOVA).

Para o processo de validação preliminar, foram utilizadas medidas de fidedignidade, bem como a validade de conteúdo, a validade de critério (concorrente) e a validade de construto⁶⁸. Como medidas de fidedignidade, o Alpha de Crombach (que avalia a consistência interna) e uma medida obtida pelo método das metades conjuntamente com a fórmula de Spearman-Brown foram utilizadas⁶⁹. Ainda foram feitas a análise de variância e de foi calculada a correlação entre as variáveis quantitativas. A análise fatorial exploratória utilizou a rotação oblíqua Promax e a medida de Kaiser da adequação da amostra⁷⁰⁻⁷².

Os dados obtidos foram inseridos em um banco de dados estruturado no programa Microsoft Excel, e analisados pelos softwares *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 (IBM) e *Statistical Analysis System* (SAS), versão 9.4. O nível de significância considerado foi de 5%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob parecer: 3.204.605, em 18 de março de 2019 (Anexo A), conforme Resolução n. 466/12, respeitando o anonimato dos participantes e a autorização/ciência da instituição em estudo.

O presente estudo foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

4. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação estão apresentados nos seguintes artigos:

Artigo 1: Proposta de um instrumento para medir as expectativas de gestantes quanto ao parto e nascimento, o qual será submetido ao *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Qualis A1 área de concentração Medicina II.

Artigo 2: Expectativas de parto e nascimento: uma visão qualitativa de profissionais atuantes em obstetrícia, o qual será submetido à Revista Interface, Qualis B4 área de concentração Medicina II.

Artigo 3: *Instruments measuring pregnant women's expectations of labor and childbirth: a systematic review*. Publicado online na *European Journal of Obstetrics & Gynecology*, Qualis B1 área de concentração Medicina II (Anexo B).

Artigo 4: *An instrument which addresses the expectations of pregnant women over childbirth*. Carta ao Editor publicada na revista *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Qualis A1 área de concentração Medicina II (Anexo C).

Artigo 5: Estratégias de melhoria na atenção ao parto no Brasil. Carta ao editor, publicada na Revista Ciência & Saúde Coletiva, Qualis B3 área de concentração Medicina II (Anexo D).

Artigo 6: Intervenções direcionadas à redução da taxa de cesarianas no Brasil. Carta ao editor, publicada na Revista Brasileira de Epidemiologia, Qualis B3 área de concentração Medicina II, (Anexo E).

As normas para publicação dos periódicos referente aos artigos 1 e 2, ainda não submetidos, estão nos Anexos F e G, respectivamente.

Resultados parciais desta dissertação foram apresentados no V Simpósio Internacional de Ciência, Saúde e Território, que ocorreu entre os dias 10 a 12 de junho de 2019, na Universidade do Planalto Catarinense, em Lages, Santa Catarina. Foi apresentado na modalidade oral, com o seguinte título: “Instrumentos para medir as expectativas das gestantes quanto ao parto e nascimento: uma revisão sistemática”.

ARTIGO 1

American Journal of Obstetrics and Gynecology

Title: Proposta de um instrumento para medir as expectativas de gestantes quanto ao parto e nascimento

PROPOSTA DE INSTRUMENTO PARA MEDIR AS EXPECTATIVAS DE GESTANTES QUANTO AO PARTO E NASCIMENTO

Gabriela M. MARQUES MD BSc¹; Diego Z. NASCIMENTO MD BSc¹; Rosa C. F. SOUZA MD PhD¹; Camila GIULIANI MD, PhD²; Stela Maris de Jesus CASTRO MD, PhD²; Betine P. M. ISER MD, PhD¹

Affiliations

¹ Postgraduate Program in Health Sciences, University of Southern Santa Catarina at Tubarão, Av. José Acácio Moreira Santa Catarina, 787 - Dehon, Tubarão SC, Brazil 88704-900.

² Postgraduate Program in Epidemiology, Federal University of Rio Grande do Sul, Av. Paulo Gama, 110 - Farroupilha, Porto Alegre - RS, Brazil 90040-060.

Conflicts of interest: The authors report no conflicts of interest.

Role of the funding source: None.

Corresponding author: Gabriela Moreno Marques. University of Southern Santa Catarina, Tubarão, Av. José Acácio Moreira, 787 - Dehon, Tubarão - SC, 88704-900. Tel/Fax: (48) 3621 3334. CNPJ nº 86.445.293/0001-36; e-mail: gabidimoreno@gmail.com.

Tables: 3

Online Appendices: 0

Condensation:

Os resultados mostram que o instrumento QEPN é uma ferramenta fidedigna para avaliar as expectativas das gestantes em relação ao parto e ao nascimento, pois aborda de uma forma abrangente os fenômenos e sentimentos que permeiam o período gravídico-puerperal.

Short title:

Proposta do Questionário de Expectativas Parto e Nascimento (QEPN)

AJOG at a Glance:

A. Why was this study conducted? Elaborar um instrumento que meça as expectativas das gestantes, visando abranger mais amplamente os fenômenos que envolvem o período gravídico puerperal, sem restringir o foco ao medo e à dor. **B. What are the key findings?** As análises mostraram que o instrumento desenvolvido apresentou boa consistência interna e que o mesmo é fidedigno. **C. What does this study add to what is already known?**

apresenta uma nova forma de mensurar as expectativas das gestantes de forma mais abrangente, podendo ser útil para avaliar se estão positivas ou negativas, auxiliando na compreensão dos sentimentos da mulher, contribuindo assim para que a experiência do parto e a qualidade da relação mãe-bebê sejam melhores.

Keywords: Childbirth; Patient perspective; Pregnancy; Instrument. Birth expectations; Pregnant women.

Abstract

Background: As expectativas são reflexo de um estado de espera e de incerteza comuns no imaginário das gestantes, envolvendo uma gama de sentimentos e emoções de difícil mensuração.

Objective: Desenvolver um instrumento para avaliar as expectativas de gestantes quanto ao parto e nascimento.

Study design: Projeto com delineamento transversal com a realização de dois grupos focais para a construção do questionário. Um grupo focal consistiu em oito profissionais atuantes em obstetrícia, e um outro grupo focal com a participação de seis gestantes. A partir das discussões surgidas nos grupos focais, um questionário preliminar de 22 itens foi construído e suas propriedades psicométricas foram testadas em uma amostra piloto de 67 gestantes. Os resultados foram analisados de forma descritiva e analítica, sendo também avaliadas a

confiabilidade e a consistência interna por meio de Alpha de Crombach e teste de Spearman.

Results: O instrumento final foi composto de 10 itens. A análise fatorial indicou três dimensões do instrumento: Segurança (quatro questões), Sentimentos (quatro questões); preocupações (três questões). Sua fidedignidade foi avaliada pelos testes estatísticos Alpha de Cronbach, e Spearman, com valores de 0.6727 e 0,7658, respectivamente. **Conclusion:** O Questionário de Expectativas quanto ao Parto e Nascimento (QEPN) mostrou propriedades psicométricas adequadas para mensurar as expectativas de gestantes. Por ser de fácil aplicação, o instrumento pode ser uma ferramenta útil no âmbito assistencial da obstetrícia e também para futuras pesquisas.

Introduction

Toda mulher que está para dar à luz possui expectativas sobre vários fatores ambientais e sociais, sendo que esses fatores podem influenciar na escolha do tipo de parto, no medo da dor, nos sentimentos em relação ao parto, e até mesmo na própria experiência e satisfação com o parto¹. As expectativas são reflexo de um estado de espera, da incerteza e da esperança em algo que ainda não se conhece, e costumam estar muito presentes no imaginário da gestante²⁻⁴.

Quando as expectativas da gestante são atendidas, compreendidas, ou até mesmo acertadas, aumenta a probabilidade de a mulher ter uma experiência positiva do parto realizado^{5,6}. É importante que uma experiência positiva de parto seja proporcionada à mulher, pois a maior satisfação da gestante eleva a sua autoestima, o que pode favorecer a relação mãe-bebê após o parto. Do contrário, podem ocorrer sentimentos de frustração, depressão pós-parto e sentimentos de incapacidade na gestante^{2,6,7}.

Os profissionais de saúde, ao compreenderem as expectativas das gestantes, podem ajudá-las a moldar seus anseios com uma perspectiva realista, tentando assim desmistificar o senso comum que permeia este período de gravidez e periparto. É importante promover a preparação da mulher frente às dificuldades frequentemente encontradas, abordando os sentimentos e emoções que podem surgir neste momento e auxiliando-a a ter uma experiência mais satisfatória, segura e com menos receios⁸.

O nível ou grau de expectativas não pode ser medido diretamente por não ter um entendimento ou conceituação única, sendo composto por uma gama de sentimentos e emoções, envolvendo o nível de ansiedade frente a algo novo ou até desconhecido, no caso de primíparas. Ainda, tais sentimentos podem ser moldados por experiências prévias próprias ou de conhecidos²⁻⁶. Sendo considerado um traço latente, portanto, a mensuração do grau de expectativa deve envolver a utilização de instrumento de medida composto por itens que são facetas observáveis deste traço. A partir da obtenção de um escore, pode-se então aferir o quão positiva ou otimista está a gestante frente ao momento do parto e nascimento⁹⁻¹³.

Conforme uma revisão sistemática¹⁴, não existe, até o momento, instrumento adequado para mensurar as expectativas de gestantes sobre o parto e o nascimento. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi desenvolver um instrumento com propriedades psicométricas adequadas para mensurar as expectativas das gestantes quanto ao parto e nascimento e aplicá-lo em uma amostra piloto (validação preliminar).

Materials and Methods

Procedure

Dois grupos focais foram realizados para subsidiar a construção do Questionário de Expectativas de Gestantes quanto ao Parto e Nascimento (QEPN). O primeiro grupo foi composto por oito profissionais atuantes em obstetrícia, sendo três médicos, quatro enfermeiras e uma doula, com a intenção de representar todos os possíveis membros da equipe de parto e nascimento, e teve uma duração aproximada de 90 minutos. Os participantes foram convidados a compartilhar aspectos sobre a sua experiência e vivência profissional em relação ao parto e nascimento. O segundo grupo focal contou com a participação de seis gestantes e durou aproximadamente 60 minutos. As gestantes foram convidadas a falar sobre aspectos relacionados a suas expectativas, experiências e sentimentos em relação ao parto e nascimento. Ambos os grupos foram realizados em salas privadas, localizadas em uma universidade do sul do Brasil.

Também foram realizadas discussões incluindo o tema “expectativas quanto ao parto e nascimento” em grupos de gestantes de diferentes instituições de saúde do município, as quais serviram de auxílio na construção do instrumento piloto.

As discussões nos grupos foram dirigidas por um psicólogo, que fomentou a discussão e fez perguntas para explorar as opiniões para que fossem expressas em maior detalhe. Dois pesquisadores observaram as interações dos grupos focais e realizaram anotações escritas, as quais foram utilizadas para complementar as transcrições das falas. A partir das gravações em áudio, as discussões dos grupos foram registradas, e as falas posteriormente transcritas de forma integral e literal, com o objetivo de manter a maior fidelidade possível dos termos e do conteúdo expressos pelos participantes.

Após a transcrição dos grupos focais, todas as informações de identificação foram removidas, e códigos foram atribuídos aos participantes, garantindo o sigilo e a não

identificação. O consentimento dos participantes foi obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise de conteúdo realizada a partir da transcrição da discussão gerada no grupo focal com os especialistas em obstetrícia resultou em cinco temas diferentes: Influências na escolha do parto; A escolha da cesariana; O medo de parir; O parto na atualidade; e A atuação do profissional. A análise de conteúdo do grupo das gestantes permitiu a identificação dos temas segundo a categorização criada no grupo dos profissionais. Essa análise resultou na elaboração de 22 perguntas, as quais constituíram o QEPN.

Participants

O teste inicial do instrumento foi realizado com mulheres recrutadas em cursos para gestantes oferecidos pelos hospitais da região ou em rodas de doulas. Todas as mulheres presentes foram convidadas a participar, e aquelas que aceitaram preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Measurements

Além dos 22 itens do instrumento, foram aferidas variáveis relacionadas às características sociodemográficas e gestacionais das mulheres que participaram do teste piloto, incluindo idade, número de filhos, semanas de gestação, escolha do tipo de parto e o local de nascimento desejado. Foram consideradas primíparas as mulheres que estavam esperando seu primeiro filho, e múltíparas as mulheres que já haviam tido um parto anterior.

A idade das participantes foi agrupada de forma dicotômica em 18 a 29 anos e ≥ 30 anos. O trimestre de gestação foi agrupado em 10 a 15 semanas (1º trimestre), 16 a 27 semanas (2º trimestre) e 28 a 40 semanas (3º trimestre). Foi considerado, para as mulheres que relataram já ter uma escolha prévia quanto ao tipo de parto, se a opção foi parto vaginal ou cesárea.

Statistical analyses

Foi utilizada a estatística descritiva para obtenção de frequências, e analítica para comparação dos escores obtidos segundo características sociodemográficas, paridade e tipo de parto escolhido. As variáveis quantitativas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas como frequências e percentuais. As proporções de respostas foram comparadas pelo teste do Qui-Quadrado com correção de Monte Carlo e as diferenças nas médias dos escores pela Análise de Variância.

As opções de respostas do instrumento seguiram uma escala Likert de 5 pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, sendo que quanto maior a categoria de resposta do item mais a gestante discorda da informação contida no mesmo. Cinco questões que expressam sentimentos considerados negativos tiveram sua pontuação invertida. A partir da soma das respostas obtidas, calculou-se o escore total obtido pelas gestantes. Um escore baixo indica uma visão / expectativa mais otimista ou positiva da gestante, enquanto um escore alto indica uma expectativa mais negativa em relação ao momento do parto e nascimento.

Para o processo de validação preliminar, foram utilizadas medidas de fidedignidade, bem como a validade de conteúdo, a validade de critério (concorrente) e a validade de constructo¹⁵. A fidedignidade é uma característica dos escores resultantes da aplicação do

instrumento de medida e não dos instrumentos em si. Ela se baseia na consistência (os resultados de um escore consistente não se alteram se o instrumento de medida for aplicado nos mesmos indivíduos em diferentes momentos) e na precisão desses escores. Portanto, fidedignidade é a qualidade dos escores resultantes da aplicação de um instrumento de medida, que sugere que eles são suficientemente consistentes e livres de erros de mensuração (precisos), de modo que sejam úteis¹⁵⁶⁸. Como medidas de fidedignidade, o Alpha de Crombach (que avalia a consistência interna) e uma medida obtida pelo método das metades conjuntamente com a fórmula de Spearman-Brown¹⁵. Essas medidas variam de zero a um, sendo que quanto mais próximo do um, mais fidedigno é o escore.

A validade pode ser definida como o grau em que todas as evidências acumuladas corroboram que os escores resultantes da aplicação de um instrumento de medida estejam medindo exatamente o traço latente que se pretende medir. Ou seja, o grau em que um instrumento de medida de fato mede o que pretende medir. A validade de um instrumento de medida começa no momento em que se pensa em construí-lo e subsiste durante todo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados⁹. A validade de conteúdo foi descrita detalhadamente na seção Procedure. A validade de critério foi avaliada por meio da verificação de existência de associação (direta ou inversa) entre o escore total (grau de expectativa positiva/negativa da gestante) e as variáveis que, em teoria, poderiam estar relacionadas a valores altos (expectativa negativa) ou baixos (expectativa mais positiva). Para as variáveis categóricas (idade ≥ 30 anos, primípara ou múltipara, trimestre gestacional, escolha do tipo do parto e local do mesmo, escolha de parto vaginal ou cesárea), foi realizada a Análise de Variância. A validade de construto foi avaliada pela análise fatorial exploratória, onde a estrutura fatorial latente do instrumento foi verificada¹⁵. A análise fatorial exploratória utilizou a rotação oblíqua Promax e a medida de Kaiser da adequação da amostra¹⁶⁻¹⁸.

Os dados obtidos foram inseridos em um banco de dados estruturado no programa Microsoft Excel, e analisados pelos softwares *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 (IBM) e *Statistical Analysis System* (SAS), versão 9.4. O nível de significância considerado foi de 5%.

Results

Neste estudo, 67 gestantes responderam ao instrumento, em sua versão de 22 itens. A média de idade das participantes foi de 30,4 anos ($DP \pm 4,9$), sendo a idade mínima de 20 anos e a máxima de 42 anos. A média de idade gestacional foi de 25,13 semanas ($DP \pm 8,05$), variando de 6 a 38 semanas. Dentre as participantes da pesquisa, 86% eram primíparas.

Na tabela 1, está apresentada a descrição das gestantes que responderam ao instrumento proposto em sua primeira versão.

Tabela 1. Dados das gestantes que participaram do teste piloto do instrumento QEPN (N=67).

Questões	Respostas	Frequência	Percentual
Faixa etária	18 a 29 anos	25	16
	≥ 30 anos	42	84
Primípara	Sim	43	86
	Não	7	14
Escolheu o parto	Sim	42	84

	Não	8	16
Tipo de parto	Não sabe	8	16
	Vaginal	29	58
	Cesárea	13	26
Trimestre de gestação	1º trimestre	8	16
	2º trimestre	21	42
	3º trimestre	21	42
Escolheu o local do parto	Ainda não escolheu	5	10
	Sim	29	58
	Não	16	32

Quando realizada a análise cruzada com as variáveis ‘primeiro filho’ e ‘se havia ou não escolhido o tipo de parto’, 84,9% das primíparas e 78,6% das múltiparas já tinham uma escolha do tipo de parto que desejavam, não apresentando diferenças significativas (valor $p = 0,414$). Em relação ao parto escolhido, verificou-se que o parto vaginal foi a opção relatada por 68,4% das primíparas e por 18,2% das mulheres que já tiveram outros filhos ($p = 0,004$).

As mulheres em terceiro trimestre gestacional foram as que mais frequentemente indicaram não ter uma escolha de via de parto (20,7%) em relação às mulheres nas fases anteriores (13%).

Na tabela 2, estão descritas as frequências de respostas às questões do instrumento proposto, na sua forma completa utilizada no teste piloto.

Tabela 2. Questões e frequência de respostas do instrumento aplicado com gestantes para teste piloto do QEPN (N=67).

Questão	Opções de resposta [#]				
	n (%)				
Questão	1	2	3	4	5
1. Sinto que tenho autonomia para fazer minha escolha quanto ao tipo de parto a ser realizado	43 (64,2%)	20 (29,9%)	4 (6%)	-	-
2. Eu tenho o apoio da minha família para tomar minhas decisões (em relação à escolha do tipo de parto)	55 (82,1%)	10 (14,9%)	1 (1,5%)	-	1 (1,5%)
3. Eu tenho o apoio do meu companheiro (a) para tomar minhas decisões	58 (86,6%)	8 (11,9%)	1 (1,5%)	-	-
4. As informações quanto ao parto obtidas com os profissionais me deixaram segura e preparada para o momento do meu parto	26 (38,8%)	37 (55,2%)	4 (6,0%)	-	-
5. Me sinto tranquila quanto ao ambiente (serviço/ hospital) onde será realizado meu parto	29 (43,3%)	29 (43,3%)	9 (13,4%)	-	-
6. Sinto confiança no apoio dos profissionais (médicos, enfermeiros, doulas) para o meu parto	27 (40,3%)	33 (49,3%)	7 (10,4%)	-	-

7. Sinto-me segura em relação ao profissional que irá realizar o meu parto	26 (38,8%)	23 (34,3%)	16 (23,9%)	2 (3,0%)	-
8. Sinto-me preparada para o momento do parto	14 (20,9%)	31 (46,3%)	16 (23,9%)	3 (4,5%)	3 (4,5%)
9. Sinto-me preparada para mudanças de planos no momento do parto	14 (20,9%)	22 (32,8%)	22 (32,8%)	7 (10,4%)	2 (3,0%)
10. * É provável que eu me sinta frustrada caso não consiga realizar o parto para o qual me preparei	11 (16,4%)	22 (32,8%)	16 (23,9%)	11 (16,4%)	7 (10,4%)
11. Estou ciente de que é normal sentir medo no momento do parto	37 (55,2%)	27 (40,3%)	3 (4,5%)	-	-
12. Estou ciente de que é normal sentir dor no momento do parto	43 (64,2%)	20 (29,9%)	3 (4,5%)	1 (1,5%)	-
13. * Imagino que não suportarei a dor do meu parto	3 (4,5%)	9 (13,4%)	22 (32,8%)	26 (38,8%)	7 (10,04%)
14. Imagino que irei sentir prazer no meu parto	6 (9,0%)	21 (31,3%)	25 (37,3%)	10 (14,9%)	5 (7,5%)
15. Sinto-me muito ansiosa ao pensar no momento do meu parto	25 (37,3%)	22 (32,8%)	7 (10,04%)	12 (17,9%)	1 (1,5%)
16. * Me preocupo com as intercorrências que possam ocorrer durante o momento do parto	27 (40,3%)	28 (41,8%)	7 (10,04%)	5 (7,5%)	-

17. * Me senti muito julgada em relação a escolha do meu tipo de parto	4 (6,0%)	16 (23,9%)	11 (16,4%)	19 (28,4%)	17 (25,4%)
18. Sinto-me preparada em relação a amamentação	11 (16,4%)	23 (34,3%)	20 (29,9%)	13 (19,4%)	-
19. Sinto-me preparada para exercer a maternidade	27 (40,3%)	23 (34,3%)	13 (19,4%)	3 (4,5%)	1 (1,5%)
20. Acredito que terei apoio dos meus familiares no exercício da maternidade	45 (67,2%)	19 (28,4%)	3 (4,5%)	-	-
21. Recebi durante o pré-natal informações importantes para o exercício da maternidade	32 (47,8%)	26 (38,8%)	7 (10,4%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
22. Os atendimentos do pré-natal atenderam minhas expectativas	25 (37,7%)	32 (47,8%)	9 (13,4%)	-	1 (1,5%)

*Questões que expressam sentimentos 'negativos' e tiveram pontuação invertida

Códigos referentes a: 1- Concordo totalmente; 2- Concordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Discordo; 5- Discordo totalmente

O instrumento foi avaliado quanto à sua fidedignidade através do Alpha de Cronbach e da medida produzida pelo método das metades com a fórmula de Spearman Brown, obtendo os valores 0,6727 e 0,7658, respectivamente. Para esta avaliação da consistência interna do instrumento, algumas questões foram subtraídas da versão final do questionário testado, por estarem redundantes em relação à dimensão medida ou por terem foco na vivência da maternidade, como no processo de amamentação, sendo então proposto um instrumento composto por 10 itens (Tabela 3).

Tabela 3. Versão final do Questionário de Expectativas quanto ao Parto e Nascimento (QEPN) proposto para validação.

Ordem Proposta inicial	Ordem Proposta final	Questões	Escala Likert
1	1	Sinto que tenho autonomia para fazer minha escolha quanto ao tipo de parto a ser realizado	1- Concordo totalmente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo totalmente
5	2	Me sinto tranquila quanto ao ambiente (serviço/ hospital) onde será realizado meu parto	1- Concordo totalmente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo totalmente
6	3	Sinto confiança no apoio dos profissionais (médicos, enfermeiros, doulas) para o meu parto	1- Concordo totalmente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo

			5- Discordo totalmente
8	4	Sinto-me preparada para o momento do parto	1- Concordo totalmente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo totalmente
9	5	Sinto-me preparada para mudanças de planos no momento do parto	1- Concordo totalmente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo totalmente
11	6	Estou ciente de que é normal sentir medo no momento do parto	1- Concordo totalmente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo 5- Discordo totalmente
12	7	Estou ciente de que é normal sentir dor no momento do parto	1- Concordo totalmente 2- Concordo 3- Não concordo nem discordo 4- Discordo

			5- Discordo totalmente
13	8	Imagino que não suportarei a dor do meu parto	1- Discordo totalmente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo totalmente
15	9	Sinto-me muito ansiosa ao pensar no momento do meu parto	1- Discordo totalmente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo totalmente
16	10	Me preocupo com as intercorrências que possam ocorrer durante o momento do parto	1- Discordo totalmente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo 5- Concordo totalmente

A análise fatorial exploratória identificou uma estrutura fatorial latente mostrando que o instrumento pode ser dividido em três dimensões, sendo: 1) “Segurança”, abrangendo as questões: 1, 5, 6, 8, as quais estão relacionadas ao sentimento de segurança da gestante em relação ao cuidado pelos profissionais de saúde, ao ambiente onde realizará o seu parto, e em

seu preparo para o momento do parto; 2) “Sentimentos” abrangendo as questões: 9, 11, 12, 13, que falam sobre os sentimentos da gestante ao pensar no momento do parto, como o medo, a ansiedade e a dor; 3) “Preocupações” abrangendo as questões 15, 16, 8, as quais abordam os receios da gestante em relação à dor, as intervenções obstétricas e a perda de controle. A correlação entre os fatores está apresentada na figura 1 a seguir.

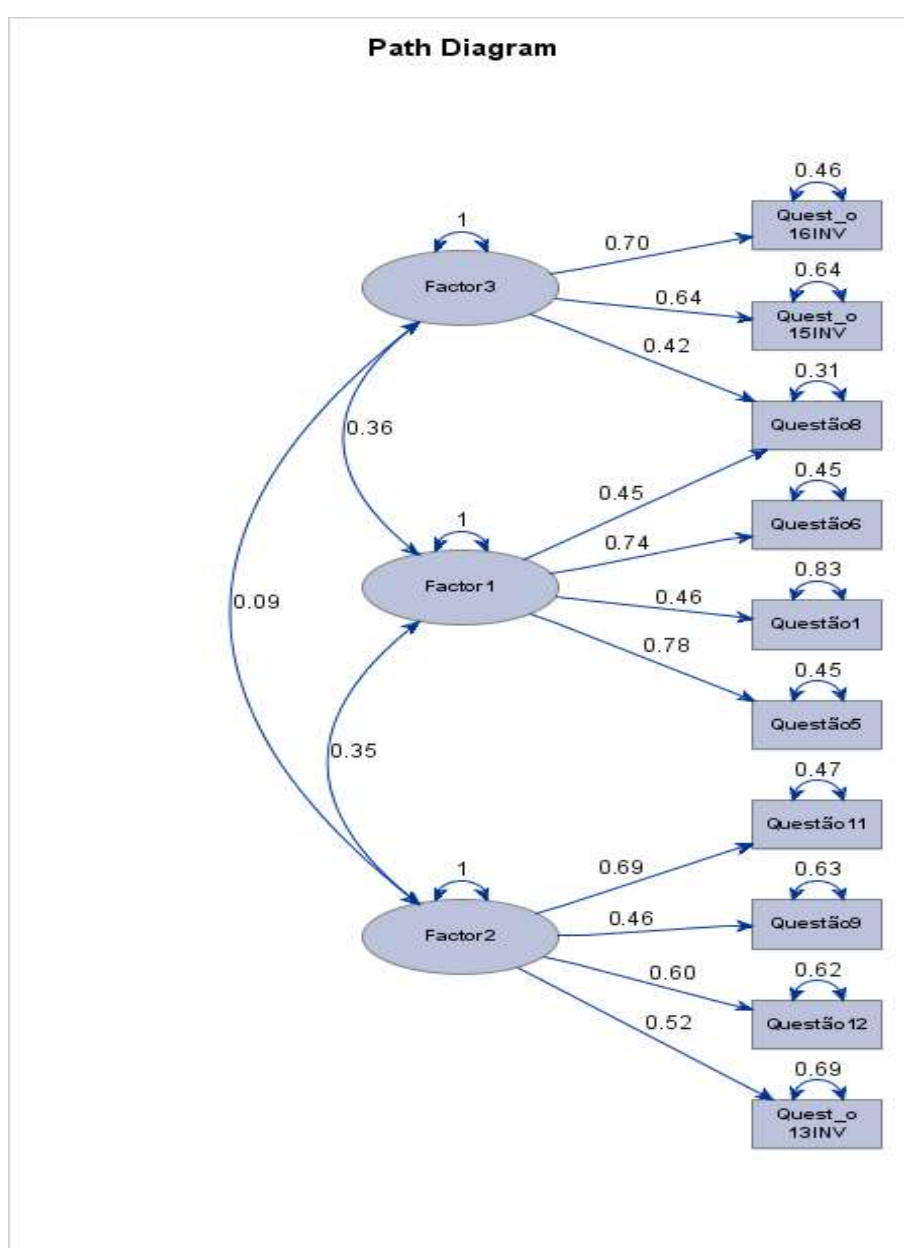


Figura 1 – Estrutura fatorial latente resultante da análise fatorial exploratória

A versão final reduzida tem escore variando de 10 a 50. A média obtida no teste piloto foi de 23,06 ($\pm 4,28$), sendo o escore mínimo de 12 e máximo de 34. A média do escore foi de 24,13 $\pm 4,23$ para as mulheres com idade de 18 a 29 anos primíparas, e de 24,00 $\pm 2,82$ para as multíparas dessa mesma faixa etária. As primigestas com 30 anos ou mais tiveram um escore de 22,93 $\pm 4,31$, e as multíparas desta mesma faixa etária obtiveram um escore de 21,16 $\pm 4,19$. Não houve diferença significativa na média do escore total entre mulheres primíparas e multíparas. O escore total apresentou-se menor para as mulheres com 30 anos ou mais, as mulheres que estavam no terceiro trimestre e entre aquelas que escolheram parto normal, indicando uma expectativa mais positiva com o parto), mas sem diferenças estatisticamente significativas (Tabela 4).

Tabela 4. Escore obtido do instrumento QEPN segundo variáveis de interesse na amostra piloto (N=67).

Questões		Total	Percentual	Média Escore $\pm$ DP	Valor p*
Tipo de parto	Vaginal	33	58,93	22,81 $\pm 4,07$	0,725
	Cesárea	23	41,07	23,21 $\pm 4,27$	

Trimestre de gestação	1º e 2º	38	56,70	23,50 ±3,74	0,339
	3º	29	43,30	22,48 ±4,90	
Primípara	Sim	53	79,01	23,45 ±4,28	0,144
	Não	14	20,09	21,57 ±4,07	
Idade	18 a 29 anos	25	37,70	24,12 ±4,06	0,118
	≥30 anos	42	62,30	22,42 ±4,30	
Local do parto [#]	Não sabe	5	7,50	23,8 ±3,27	0,704
	Hospital	61	92,50	23,03 ±4,39	

*valor de p obtido pela análise de variância (ANOVA), nível de significância de 5%.

[#] Quanto ao local do parto, foi excluída informação de uma gestante que referiu outro local, mas não especificou sua escolha. Na categoria 'hospital', foram considerados os dois hospitais existentes no município.

Analisando as variáveis quanto a ser primípara e já ter escolhido o tipo de parto, não houve diferença significativa. Quando comparado a ser ou não o primeiro filho, com o tipo de parto escolhido, as múltiplas citaram mais a cesárea como tipo de parto, e as primíparas mais o parto normal (p= 0,007).

Discussion

Principal Findings

O instrumento apresentado propõe uma forma de medir as expectativas das gestantes quanto ao momento do parto e do nascimento. A partir de uma versão com 22 questões, chegou-se a uma versão reduzida composta por 10 itens. Por meio de um teste piloto com 67 gestantes, foi possível medir seu entendimento, aplicação e resultados das análises estatísticas. O mesmo apresentou bons resultados, mostrando que o instrumento é fidedigno e de fácil aplicação.

Results

A maior parte das gestantes que participam de grupos e cursos de gestantes são “mães de primeira viagem”, sendo que as mesmas buscam maiores informações sobre este mundo até então desconhecido do período gravídico puerperal, e ainda de como desenvolver e exercer a maternidade, o que foi observado em estudos anteriores^{19,20}.

Mulheres mais maduras, ou ainda mais perto do momento do parto, estando no final da gestação, tendem a ter expectativas mais positivas em relação ao parto. Pode-se pensar que durante os trimestres gestacionais a mulher busca mais informações e assim desmistifica muitos medos e receios que surgem no início da gestação²¹⁻²³, sentindo-se mais preparada.

O parto vaginal teve sua maior escolha nas gestantes primíparas, resultado semelhante a estudos anteriores, os quais mostram que as primíparas buscam este tipo de parto pela rápida recuperação, benefícios ao bebê e por não possuírem algo que as impossibilite, como nos casos de cesarianas prévias²⁴⁻²⁸.

Neste estudo, não foi possível verificar diferenças nos escores alcançados segundo variáveis que, pelo quadro teórico, poderiam influenciar nas expectativas das gestantes, talvez pelo pequeno tamanho amostral. Apesar de as gestantes com a faixa etária ≥ 30 anos, tanto primíparas quanto múltiparas terem apresentado menores valores no escore do que as gestantes da faixa etária de 18 a 29 anos, tais diferenças não foram significativas. Esperava-se que as mulheres com 30 anos ou mais apresentassem expectativas mais positivas em relação ao parto, devido a uma maior maturidade ou ainda uma maior busca por informações e planejamento da gestação, o que poderia gerar uma maior segurança²⁹⁻³³.

O instrumento proposto, em sua versão reduzida, mostrou consistência interna considerada muito boa³⁴. O instrumento QESP, desenvolvido em Portugal e validado por Costa *et al.*³⁵ é composto por 108 perguntas que avaliam a experiência, satisfação e dor em relação ao parto, trabalho de parto e pós-parto imediato, o qual atingiu um valor de Alpha de Cronbach de 0,90³⁵. O instrumento “*Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (WDEQ)*”, criado por Wijma *et al.*³⁶ mede os sentimentos das gestantes em relação às expectativas e experiências antes do parto (versão A) e após o nascimento (versão B) por meio de 33 questões; o mesmo atingiu valores de Alpha de Cronbach que variaram de 0,93 a 0,63, comparados em diferentes grupos e diferentes versões do mesmo instrumento³⁷. A partir destas comparações e do tamanho amostral do nosso instrumento, o mesmo obteve um valor de consistência interna adequado e considerado bom.

Research Implications

Este estudo apresenta uma proposta inicial de um instrumento que possa mensurar as expectativas das gestantes quanto ao parto e nascimento. A partir dos resultados encontrados no teste piloto, espera-se realizar a validação do instrumento, com gestantes de diferentes

contextos socioeconômicos e experiências prévias, para que o mesmo possa ser utilizado em larga escala. O conhecimento sobre os anseios e expectativas das gestantes nas diferentes fases da gestação pode contribuir para aprimorar as estratégias do cuidado mãe-bebê, auxiliando os profissionais de saúde para um melhor acolhimento dos sentimentos da mulher em uma etapa tão importante da vida. Além disso, refletir sobre as suas próprias expectativas pode auxiliar as gestantes a buscarem informação adequada para maior segurança para o momento do parto, moldando suas expectativas para que sejam realistas e positivas, visando menores índices de depressão pós-parto e maiores índices de satisfação com o parto.

Strengths and Limitations

Este estudo apresentou uma proposta para mensurar as expectativas das gestantes em relação ao parto e ao nascimento, abrangendo diferentes fatores que estão envolvidos neste fenômeno, como os sentimentos, preocupações e imaginários presentes na vivência das mulheres durante o período gestacional. Dessa forma, aborda aspectos não abordados em outros instrumentos encontrados na literatura, como a segurança em relação aos profissionais e ao ambiente do parto, os sentimentos diversos da gestante, além da dor e do medo, e as preocupações relacionadas ao momento do parto.

Como limitações deste estudo pode-se considerar o pequeno tamanho amostral, e a dificuldade em se encontrar na literatura instrumentos que mensuram o mesmo fenômeno que não sejam focados no medo e na dor do parto, para uma melhor interpretação dos resultados obtidos. Dessa forma, não foi possível comparar de forma mais aprofundada os resultados encontrados com os de outros estudos publicados sobre o assunto.

Conclusions

O Questionário de Expectativas de gestantes quanto ao Parto e Nascimento (QEPN), em sua versão reduzida de 10 itens, mostrou propriedades psicométricas adequadas para avaliar as expectativas de gestantes frente a este momento importante da vida humana. A partir de sua aplicação em uma amostra piloto, apresentamos uma proposta para futura validação. Este instrumento obteve boa pontuação em suas análises de fidedignidade e de consistência interna, apresentou três dimensões de sentimentos relacionados e mostrou-se ser de fácil aplicação. Com a proposta de possuir uma maior abrangência de aspectos relacionados aos fenômenos do período gestacional da mulher, o QEPN pode ser uma ferramenta útil para avaliar melhor as expectativas das gestantes, sejam elas primíparas ou múltiparas, tanto no cuidado obstétrico quanto para futuras pesquisas. Este instrumento se trata de uma inovação, por avaliar o fenômeno expectativas a partir de uma maior abrangência do que instrumentos atualmente validados encontrados na literatura, além de ser o primeiro instrumento construído no Brasil que busca mensurar este fenômeno.

Authors' contributions: GMM and DZN contributed to the design of the study, extracting and analyzing the data, and writing and revising the final manuscript. RCS contributes with quality assessment and critical review of the manuscript. CG contributed to the study design, analyzing the data, quality evaluation, writing, and critical review of the manuscript. SMJC contributed to the data analysis and interpretation, quality evaluation, writing, and critical review of the manuscript. BPMI contributed to the study design, analyzing the data, quality evaluation, writing, and critical review of the manuscript.

Role of the funding source: There was no funding source for this study

Acknowledgement: National Council for the Improvement of Higher Education (CAPES), Brazil, and Foundation for Research and Innovation Support of the Estate of Santa Catarina (FAPESC). The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of the CAPES and FAPESC. The funding agency had no role in design or conduct of the study or the decision to publish study results.

Conflicts of interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this systematic review.

Referências

1. Tostes NA, Seidl EMF. Expectant Mother's Expectations for Birth and their Perceptions of Delivery and Birth Preparation. *Temas em Psicol.* 2016;24(2):681–93.
2. Blomquist JL, Quiroz LH, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol.* 2011;28(5):383–8.
3. Ledford CJW, Canzona MR, Womack JJ, Hodge JA. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. *Fam Med.* 2016;48(7):523–31.
4. Moradabadi A, Alavi A, Yabandeh A, Eftekhaari T, Dadipoor S. Factors involved in selecting the birth type among primiparous women. *J Educ Health Promot.* 2018;7(1):1–6.
5. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot.* 2015;4(1):31–7.
6. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, editor. 2018. 212 p.
7. Lopes RDCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini C a. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2005;18(2):247–54.
8. Ribeiro CS. Representações maternas no terceiro trimestre de gravidez: uma análise indissociável da singularidade. Instituto Universitário Ciências psicológicas, sociais e da vida; 2015.
9. Raymundo P, Valéria. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Let Hoje.* 2009;44(3):86–93.

10. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):1.
11. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–19.
12. Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. Vol. 8, *Revista Brasileira de Gestao de Negocios*. 2006. p. 1–12.
13. Korukcu O, Bulut O, Kukulu K. Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care Women Int*. 2016;37(5):550–67.
14. Marques GM, Nascimento DZ, Trevisol DJ, Iser BPM. Instruments measuring pregnant women's expectations of labor and childbirth: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Jan;
15. Urbina S. *Essentials of psychological testing*. 4th ed. Wiley, editor. Wiley. 2014. 339 p.
16. Kaiser HF. A second generation little jiffy. *Psychometrika*. 1970 Dec;35(4):401–15.
17. Kaiser HF, Rice J. Little Jiffy, Mark Iv. *Educ Psychol Meas*. 1974 Apr 2;34(1):111–7.
18. Cerny BA, Kaiser HF. A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate Behav Res*. 1977 Jan 1;12(1):43–7.
19. Souza NA de, Queiroz LLC, Queiroz RCCS, Ribeiro TSF, Fonseca M do SS. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. *Rev Ciência Da Saude*. 2013;15(1):28–38.
20. Silva AGCB da, Silva JL e, Lisboa LL, Monteiro RA, Viana E de SR. Perfil sociodemográfico e clínico das participantes de um curso para gestantes. *Rev APS*. 2014;17(3):382–7.
21. Sanfelice C, Beatriz L, Karine R, Stumm E. Crenças e práticas do período gestacional. *Saúde (Santa Maria)*. 2013;39(2):35–48.
22. Melo LDL, Lima MADDS. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(1):81–6.
23. Barretos APV, Oliveira ZM. O ser mãe: expectativas de primigestas. *Rev SaúdeCom*. 2010;6(1):9–23.
24. Silva SPCE, Prates RDCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm da UFSM*. 2014;4(1):1–9.

25. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Interação em Psicol.* 2009;13(1):13–23.
26. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM Dos, Zarvos MA, Lucia MCS De, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2013;35(6):281–5.
27. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves ADC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery.* 2018 Nov 17;22(1):1–8.
28. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev bioét.* 2013;21(3):509–17.
29. Mandarin NR, Chein MBDC, Monteiro Júnior FDC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJDS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(7):1587–96.
30. Piccinini CA, Levandowski DC, Gomes AG, Lindenmeyer D, Lopes RS. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estud Psicol.* 2009;26(3):373–82.
31. Coşkuner Potur D, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlaci Y. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *Int Nurs Rev.* 2017;64(4):576–83.
32. Alehagen SIW, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol.* 2006;85:56–62.
33. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Labor: expectations, experiences, pain and satisfaction. *Psicol saúde doenças.* 2003;4(1):47–67.
34. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 6a. Edições Sílabo, editor. Edições Silabo; 2014. 2014. 1237 p.
35. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Marques A, Pais A. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicol Saúde Doenças.* 2004;5(2):159–87.
36. Fenaroli V, Saita E. Fear of childbirth: A contribution to the validation of the Italian version of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (WDEQ). *TPM.* 2013;20(2):131–54.
37. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1998 Jan 7;19(2):84–97.

ARTIGO 2

Título: Expectativas de parto e nascimento: uma visão qualitativa de profissionais atuantes em obstetrícia

Objetivo: Avaliar a opinião de profissionais atuantes em obstetrícia e ginecologia quanto às expectativas de mulheres em relação ao parto e o nascimento. **Métodos:** Os dados foram obtidos pela técnica de grupo focal e interpretados pela análise de conteúdo. O grupo incluía três médicos, quatro enfermeiras e uma doula. As discussões foram dirigidas por um psicólogo, onde os participantes foram convidados a considerar aspectos sobre sua experiência e vivência profissional em relação ao parto e o nascimento. **Resultados:** A análise da discussão resultou em cinco temas diferentes: Influências na escolha do parto; A escolha da cesariana; O medo em parir; O parto na atualidade; e A atuação do profissional. Os profissionais especialistas veem o parto e nascimento como um evento natural, questionando-se até que ponto a via de parto é uma decisão da gestante, ao invés de ser um processo fisiológico, sendo incerta a via de parto ideal até o momento do trabalho de parto e da posição do bebê. **Conclusão:** Através desta pesquisa, levantou-se questões pertinentes a serem discutidas na literatura e analisadas em estudos futuros como as percepções dos especialistas, tendo-se em vista o momento atual de modificação no processo do parto por meio de cuidados mais humanizados e seguros para a gestante e seu bebê.

Palavras-chave: Gravidez. Nascimento. Parto Obstétrico. Cesárea. Assistência ao parto.

Expectations of childbirth and birth: a qualitative view of obstetrics professionals

Objective: To evaluate the opinion of professionals working in obstetrics and gynecology regarding the expectations of women regarding childbirth and birth. **Methods:** Data were obtained by focus group technique and interpreted by content analysis. The group included three doctors, four nurses, and one doula. The discussions were led by a psychologist, where participants were invited to consider

aspects of their experience and professional experience in relation to childbirth and birth. Results: The discussion analysis resulted in five different themes: Influences on the choice of delivery; The choice of cesarean section; The fear of giving birth; Childbirth today; and Professional performance. Professionals view childbirth as a natural event, wondering to what extent the delivery route is a decision of the pregnant woman, rather than a physiological process, and the ideal delivery route is uncertain until the moment of labor. childbirth and the position of the baby. Conclusion: Through this research, relevant questions were raised to be discussed in the literature and analyzed in future studies regarding the perceptions of specialists, considering the current moment of change in the process of delivery through more humanized and safer care for the child. pregnant woman and her baby.

Keywords: Pregnancy. Birth. Obstetric birth. Cesarean section. Assistance at birth.

Introdução

O período de gestação é marcado por muitos sentimentos como dúvidas, incerteza, felicidade, surpresa, e o medo do desconhecido. No caso das primíparas, estes sentimentos de expectativa são ainda maiores, pois estas ainda não possuem a experiência de um parto e um nascimento^{1,2}.

Com a assistência e acompanhamento do pré-natal, a gestante pode sanar suas dúvidas sobre o trabalho de parto, os tipos de parto disponíveis, e assim escolher de forma mais consciente o tipo de parto que deseja realizar, contando com a ajuda dos profissionais de saúde que acompanham a sua gestação^{2,3}.

A partir deste contato o profissional da área da saúde esclarece as dúvidas e desmistifica as crenças sobre o momento do parto que a gestante traz, informa sobre os tipos de parto e suas indicações, desta forma auxilia na diminuição da ansiedade da gestante em relação ao tipo de parto que deseja realizar⁴.

É direito da gestante conhecer o funcionamento de cada parto, seus benefícios e riscos de forma clara e precisa, para que escolha com mais discernimento o tipo de parto que deseja realizar e se prepare para este momento⁵. As informações adequadas de cada tipo de parto, suas implicações e indicações, quando passadas pelo profissional da área da saúde, visam a autonomia da

gestante na escolha, e influenciam diretamente na maneira como a gestante irá se sentir no momento do parto, e como ela irá se comportar caso possíveis complicações aconteçam^{6,7}. Planejar o parto juntamente com profissionais da área da saúde auxilia na segurança da gestante, na satisfação e no empoderamento da mulher, sendo que estes sentimentos são passados, pela gestante, para a família que a acompanha³.

Em sua atuação, os profissionais da área de obstetrícia e ginecologia promovem a preparação da mulher para o momento do parto, sobre o que ela pode esperar, sobre os sentimentos e emoções que podem surgir neste momento, e possíveis dificuldades. Desta forma, auxiliam a mulher e a todos os envolvidos a estarem mais preparados para superar os mitos e se adequarem ao que realmente pode acontecer, auxiliando a mulher a ter uma experiência de parto mais satisfatória, segura e com menos receios possíveis⁸.

Por isso, entender as motivações e anseios da paciente pode ajudar a avaliar como está funcionando a equipe, os pontos que podem melhorar ou dar mais atenção, e se as atitudes realizadas estão gerando resultados positivos. Os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento obstétrico, ao ficarem cientes das expectativas das mulheres, podem pensar em novas estratégias no cuidado com estas pacientes, de forma a aprimorar a atenção ao binômio mãe-bebê e assim a satisfação e o bem-estar das puérperas^{6,8-10}. É importante ter em vista que o atendimento que a gestante recebe durante a sua gravidez, além dos acontecimentos no trabalho de parto e no parto, podem afetar diretamente a autoestima da mulher, bem como sentimentos frente à maternidade^{11,12}.

Considerando a necessidade da melhoria da formação profissional e integração da equipe obstétrica para o aprimoramento da assistência ao parto, surgiu o Projeto Parto Adequado, uma estratégia recente adotada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement^{13,14}. Entre as ações previstas, tem como objetivos as novas práticas de cuidados, informação e humanização na prestação de serviços obstétricos, no intuito de valorizar o parto normal e reduzir a realização de cesarianas sem indicação. No entanto, sabe-se que a humanização das práticas de atenção ao parto ainda é um grande desafio, em todo o mundo^{10,13,14}.

Com o intuito de entender melhor os fatores que influenciam nas práticas e escolhas obstétricas, este estudo se propôs a avaliar a opinião e percepção de profissionais atuantes em obstetrícia, quanto às expectativas de mulheres em relação ao parto e ao nascimento.

Métodos

Os dados foram obtidos pela técnica de grupos focais e interpretados pela análise de conteúdo¹⁵. Uma amostra de conveniência não aleatória foi recrutada, a partir da identificação de profissionais atuantes em diferentes serviços de assistência pré-natal e ao parto, seja em ambulatórios, hospitais locais ou clínicas particulares. A combinação de participantes foi escolhida para representar todos os possíveis membros da equipe de parto e nascimento, de modo a abordar o tema de tantos ângulos quanto possível, considerando as diferentes perspectivas e experiências. A discussão do grupo focal foi registrada através da gravação de áudio para que posteriormente as falas pudessem ser transcritas de forma integral e literal, com o objetivo de manter a maior fidelidade possível das expressões, termos e conteúdo expressados pelos participantes.

As discussões foram dirigidas por um psicólogo, que realizou perguntas para fomentar a discussão. Os participantes foram convidados a considerar aspectos sobre a sua experiência e vivência profissional em relação ao acompanhamento de gestantes no que se refere ao parto e ao nascimento. O entrevistador fez perguntas para elucidar e esclarecer informações adicionais e para explorar as opiniões que foram expressas em maior detalhe. As discussões foram realizadas em uma sala de vivências privada, localizada em uma universidade. Os participantes sentaram-se em uma roda e a sessão durou aproximadamente uma hora e meia. Todas as discussões foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para análise qualitativa. Dois pesquisadores observaram as interações do grupo focal e realizaram anotações escritas, que foram usadas para complementar as transcrições da discussão.

Após esse procedimento, todas as informações de identificação foram removidas e os códigos foram atribuídos aos participantes garantindo o sigilo e a não identificação. Esta pesquisa seguiu as determinações da Resolução no 466/2012, que regulamenta as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa

Catarina (CEP UNISUL), sob o parecer de número 3.204.605. Os participantes receberam esclarecimentos sobre as finalidades e objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

As discussões geradas no grupo focal resultaram em cinco categorias de análises com os seguintes temas: Influências na escolha do parto; A escolha da cesariana; O medo em parir; O parto na atualidade; e A atuação do profissional. Na apresentação dos resultados foram selecionadas falas que melhor representam as categorias identificadas nas questões da pesquisa. Nesse contexto, para manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela profissão e por números de 1 a 5. Exemplo: Médica 1, Enfermeira 1.

A primeira categoria, tem como tema as influências na escolha do parto. Os profissionais especialistas foram instigados a refletir sobre os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto de suas pacientes e gestantes atendidas:

“A influência é muito mais do meio externo do que da própria gestante, eu acho que a coisa é muito cultural né, que isso vem muito da experiência e da sua família assim, da história da família, de mãe, de avó, isso já vem com a cultura de que se eu vou ter parto, se eu vou ter cesárea.” (Médica 1)

“Acho que a motivação é mais de experiência própria, que a gente vê muitas, principalmente em plantão, aquelas que querem a cesárea ‘na minha família ninguém nasce de parto normal, a minha mãe teve...’ e às vezes nem sabe o motivo mas tem que ser cesárea, ou experiência própria mesmo que a paciente teve um parto normal prévio e que foi como elas falam ‘anormal’ por algum motivo e não querem parto normal; ou o inverso, sempre quiseram parto normal e foi uma cesárea sem motivo e elas queriam no caso da segunda gestação, queriam por algum motivo a experiência do parto [normal]. Mas também acho que a motivação para a via de parto é muito por comodidade, tem muitas, por medo de dor ou de algo errado acontecer, acho que é o que motiva né, ou a experiência de ter um parto que ultimamente tem muitas que querem.” (Médico 2)

“E tem um outro nicho que às vezes não está baseado nas experiências mas que venha talvez dessa mudança de mídia, de mídias sociais, que a paciente coloca como o ápice da gestação um parto normal, e tem que ter um parto, e aí quando isso

não é possível, quando isso não dá certo, a gente vê que fica assim em uma frustração enorme né.” (Médica 3)

“Eu recebo das mulheres do SUS por exemplo, tem duas linhas né, aquela que ‘ah não vou ter a possibilidade de pagar uma cesariana, então eu vou me preparar para um parto’, e aquelas que passam a gestação toda com medo do parto e acaba que normalmente no fim ele acaba não acontecendo, ou acontecendo não exatamente da melhor forma, justamente pelo medo. (...) na verdade o público que me procura quer ter um parto né, a grande maioria quer ter um parto. Então eu percebo que tem a ver, tem muita cultura ainda.” (Doula)

“Muitas vezes também tem a escolha do marido, a gente fala muitas vezes da gestante, mas algumas vezes tem maridos que não querem que a mulher passe pelo parto.” (Médico 2)

Muitas vezes a escolha da gestante em ter um parto vaginal se caracteriza por ser o que possui uma recuperação mais rápida, menor dor no pós-parto e uma maior vivência e controle da mulher no momento do parto¹⁶. Este tipo de parto é disponibilizado pelo atendimento público no Brasil para todas as mulheres que o desejarem¹⁷. A opção pela via de parto cesariana pelas gestantes, ocorre devido ao parto cesáreo ser considerado rápido, indolor e moderno, sendo por estes motivos a escolha de muitas gestantes que temem sentir dor e sofrimento no momento do parto¹⁸⁻²¹. Este tipo de parto é muito comum em mulheres que fazem acompanhamento com o obstetra de maneira privada¹⁷. Entretanto, uma das participantes questiona esse método como escolha livre e espontânea da gestante:

“Eu fico me questionando assim, se realmente a via de parto é uma escolha, até que ponto que é uma escolha da mulher, porque se a gente for pesar os riscos talvez a cesariana, como era nos primórdios, ela tem suas indicações né, então talvez ela devesse ser utilizada só para as indicações, então eu não sei até que ponto assim que essa coisa, que essa indicação é da paciente, é lógico que na nossa sociedade sim, porque a gente vê uma paciente que não quer passar pelo trabalho de parto horrível, mas será que não teria todo mundo que entrar em trabalho de parto?” (Médica 3)

O trabalho de parto se caracteriza por um conjunto de sintomas fisiológicos que tem como objetivo a dilatação do colo uterino para a passagem do bebê. É caracterizado também como uma etapa intensa pela gestante e pela família que a acompanha, sendo rodeado pela expectativa do nascimento e das contrações e

dores da gestante²². No momento do trabalho de parto são liberados hormônios que preparam a gestante para a amamentação, e hormônios de amadurecimento final no organismo do bebê, sendo assim traz benefícios para o bebê e para a amamentação²³.

Sobre a escolha do tipo de parto, alguns profissionais refletiram sobre as diferentes condições de escolha nas pacientes que possuem atendimento de saúde no setor público ou no setor privado, ilustrado na fala da participante:

“Na maioria das vezes quando elas chegam ao consultório, quando as pacientes de convênio, particular, vêm mais ou menos pré-determinadas ao que elas querem assim, e algumas você consegue mudar isso no pré-natal e algumas não, elas vem determinadas para aquela via de parto, diferentemente das pacientes do SUS que não tem essa escolha né na maioria das vezes, porque elas até podem desejar uma determinada coisa, mas nem sempre aquilo vai se realizar.” (Médica 1)

Observa-se, como um fator cultural no atendimento de saúde privado, a preferência inicial pela cesariana como tipo de parto. Esta escolha do tipo de parto cesáreo é dificilmente desconstruída durante todo o pré-natal, isto é, a gestante acredita que esta é a forma de parir mais segura, e o profissional, em alguns casos, não a informa o suficiente quanto aos riscos da cesárea e aos benefícios do parto normal, o que contribui para esta via de parto como escolha final^{17,24}.

No entanto, quando a mulher assume uma postura rígida em suas escolhas, e sua opção não pode ser realizada, por diferentes motivos, a frustração e o sentimento de impotência e baixa autoestima gerados pode trazer riscos à sua saúde e interferir até mesmo nos cuidados com a criança, podendo acarretar em depressão pós-parto, o sentimento de tristeza chamado de baby blues, e prejudicar a relação mãe-bebê^{12,13}.

A segunda categoria visa discutir sobre a escolha da cesariana, tendo em vista que a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 15% de partos cesáreos²⁵, enquanto a média no Brasil é de 57% de partos cesáreos. Além de ser uma proporção superior à recomendação da OMS^{25,26}, muitas vezes as cesarianas são realizadas de forma eletiva, ou seja, sem indicação médica:

“Acho que a principal motivação para a cesariana é medo [da dor do parto], e que na verdade se pressupõe que na cesariana você vai controlar, então controlar o

dia que vai nascer, o horário, o médico, vai maquiada, isso tem muito, de além de manter o controle da situação a paciente quando opta pela cesárea acha que, embora seja um procedimento que corra riscos, acha que tá em um ambiente mais controlado, e que é cultural, e que talvez esse medo tenha várias influências.” (Médica 3)

Em alguns casos a cesariana se justifica como uma forma mais cômoda de parir, no sentido de que é agendada e se trata de um procedimento rápido, tanto para a gestante quanto para o profissional⁷.

“As próprias pacientes às vezes optam por fazer uma cesariana porque é com um profissional que ela teve um acompanhamento durante toda a gestação, do que ela chegar em um lugar que ela não conhece ninguém, porque principalmente quem faz SUS passa nos postos de saúde e cada mês é um profissional, o profissional que vai atender ela lá dentro [hospital] ela nunca viu o rosto, então ela vai pro momento mais importante da vida dela se sentindo muito insegura e aí tudo isso torna muito mais frustrante pra ela né, ela vai estar em um ambiente desconhecido, ela prefere ser o mais prático e pra ela que ela consiga programar com quem ela queira que esteja presente naquele momento, eu acho que isso é um fator bem decisivo pra ela optar por uma cesariana.” (Enfermeira 2)

No atendimento privado, a gestante possui um vínculo maior com o seu obstetra, oriundo desde o acompanhamento do pré-natal, em muitos casos há já um planejamento do parto a ser realizado, o que gera um sentimento de maior segurança e sensação de maior apoio do profissional com a gestante e suas escolhas^{24,27}.

“Atualmente, a gente tá vivendo uma geração de mulheres que foram paridas por cesárea. As nossas mães assim, tinha aquela coisa da violência obstétrica terrível né [no parto normal], e a cesárea era como uma salvação. Algumas gestantes ainda pensam que é assim que acontece.” (Médica 3)

“(…) tem a questão da gestante abrir a mão do controle também, porque o parto ele não é controlado como parece ser uma cesárea, nem só pela questão do tempo, mas pela questão de que tu tá entregando pro obstetra o teu parto, então é ele quem vai fazer, o parto normal a mulher precisa usar o protagonismo dela naquele momento para funcionar. Então eu percebo também, às vezes, uma questão de que tem tanto medo a ponto de entregar na mão do obstetra o parto, ‘ah

eu queria um parto, mas é mais fácil dar para ele [médico] fazer o meu parto’.” (Doula)

A partir das discussões geradas pelo tema da cesariana, e pela opinião dos profissionais especialistas, da escolha pelo parto cesáreo estar atrelada ao medo, entramos na terceira categoria, intitulada o medo em parir:

“A gente faz os cursos de gestante e a gente vê que o principal ponto delas é a questão do medo e isso é muito crucial, porque o medo delas de ‘eu até quero tentar um parto, mas e se eu quiser desistir, eu posso?’, então isso é o principal medo delas. Então, às vezes, elas preferem optar diretamente por uma cesariana sem correr o risco de entrar [em trabalho de parto], porque elas não sabem se vão dar conta né, de sentir a dor, de ‘não eu quero ir até aqui, daqui pra frente eu não quero mais, eu quero uma cesariana’, elas não sabem que elas tem esse direito né, então são coisas assim que acabam influenciando.” (Enfermeira 3)

“A grande maioria das gestantes que me procuram tem medo, e aí às vezes não sabe nem do quê, ‘não, só tenho medo’, às vezes [o medo] não é nem da dor, porque a gente fala que a dor existe, é muito difícil ter um parto sem dor, ela existe, ‘ah mas o medo não é da dor’, talvez é de uma violência obstétrica ou de algo que vai acontecer que não esteja sob controle.” (Doula)

“Eu acho que um pouquinho do medo assim, das primigestas, é da mutilação também né, da vagina como vai ficar, se vai modificar, eu já peguei maridos com essa coisa do medo, se vai ficar diferente, a gente percebe isso em alguns pacientes, essa coisa do medo de se vai mudar, se vai modificar, da episio, do corte, elas têm medo.” (Médica 1)

“Tem medo também da perda do controle. Porque isso é da nossa sociedade atual, porque a gente controla tudo assim. E no trabalho de parto a gente vê que quando a mulher entrega e esquece todo o resto, é que o parto evolui, e a dificuldade que a gente vê é isso de se entregar para aquele momento, porque geralmente [a mulher] está preocupada com um todo.” (Médica 3)

O sentimento de medo pode ser associado à gestante temer o bebê nascer com alguma malformação, a ter que ser hospitalizado, temer alguma laceração, medo da dor do parto, de não conseguir dar à luz, e até mesmo de complicações com o bebê ou ocorrência de natimorto²³. Este sentimento pode ser diminuído através do apoio emocional e das informações acuradas sobre a saúde da gestante e do manejo do parto pelo obstetra que a acompanha; as orientações e medidas de

conforto da equipe obstétrica podem reduzir a ansiedade, o medo e consequentemente os seus efeitos adversos^{27,28}.

Percebe-se também a importância do protagonismo e do empoderamento da mulher para que o trabalho de parto ocorra de forma mais natural possível. Para que isso aconteça, ela deve estar segura e bem informada sobre os acontecimentos do parto, das sensações e intercorrências, pois a mesma é quem está no controle para o nascimento do bebê e participa ativamente durante todo o período do trabalho de parto e parto. As dores sentidas durante este processo podem ser associadas e entendidas como “dores de mãe” e sentidas até mesmo de forma prazerosa pela gestante⁷.

Entrando nesta discussão da sociedade atual, questionou-se aos especialistas como eles viam e entendiam o parto na atualidade:

“Mas então é bem assim, tá programado, tem que chegar lá e falar assim é até tal dia que eu quero fazer, porque eu quero resolver a minha vida, e aí a gente não é esse robô né.” (Médica 1)

“Muitas vezes a gestante tá preocupada com o profissional que entrou, com o que saiu. É que a gente né deixou, há muitos tempos atrás a gente só paria filhos e enfim né, cuidava deles, e daí a gente virou mulher moderna né, e a gente quer fazer tudo ao mesmo tempo e aí é que a gente esbarra aí né, porque daí a gente quer controlar tudo, quer botar filho no mundo parindo.” (Doula)

“A minha paciente chegou com 40 semanas e quer ter o bebê porque daqui a um mês ela quer trabalhar(...) opa, a maternidade não é isso né.” (Médica 3)

As falas transcritas estão de acordo com o estudo de Velho et al.¹⁷ que apontou que algumas mulheres atendidas no setor privado escolhem realizar o parto cesáreo pela possibilidade de programar o parto devido à vida agitada da mulher contemporânea, em vez de esperar pela imprevisibilidade do parto normal. Apontou ainda que esta escolha têm a influência do fato de ser mais conveniente para o obstetra, por se tratar de um parto mais rápido, na falta de paciência para esperar a progressão do parto normal ou mesmo devido à insegurança, caso o parto saia do padrão de evolução esperado¹⁷.

Tendo em vista que a sociedade atual é controladora, dinâmica e programada, convidamos os participantes a refletir sobre a atuação do profissional neste contexto e frente a estas pacientes:

“O que a gente tem que fazer é estimular o vínculo do profissional de saúde com a paciente, eu até conversei com a equipe ontem, porque às vezes você está lá discutindo um exame de última geração, mas cadê o contato e a relação médico e paciente?” (Enfermeira 2)

“Isso faz uma diferença enorme. Isso está faltando também nas nossas instituições de ensino, tá faltando a relação médico-paciente-profissional-enfermeiro, e tá faltando um pouquinho de empatia também, um relacionamento, a relação pessoa-pessoa, assim. Então a gente tá aqui dizendo que é a cultura, que é a mulher. E a nossa formação? Até por isso que surgiu a doula, é um dos motivos né, porque pra mim é melhor eu ficar de ‘enfermesa’ eu fico sentada e faço as coisas burocráticas e não auxilio no parto, porque quando a gente vai sair, a gente vai se despir, a gente vai ter que chegar neste paciente..., e hoje a gente sabe que a enfermagem é uma das únicas profissões que fica 24h com a pessoa.” (Enfermeira 4)

“Dentro da obstetrícia é mesmo quem fica.” (Enfermeira 1)

“E a gente fica em qualquer área. Na obstetrícia é mais ainda, porque é quem segura na mão, quem diz ‘olha, vamos lá’ para as gestantes.” (Enfermeira 2)

“Principalmente em plantão às vezes o vínculo que a paciente faz é com a enfermagem, porque daí a gente chega lá e eles estão com ela.” (Médica 3)

Quando o profissional de saúde escuta cuidadosamente a paciente, disponibiliza as informações de forma clara e tempo suficiente para esclarecer todas as dúvidas da gestante, este desenvolve uma relação de respeito, confiança, e através destas atitudes forma um vínculo²⁹. Percebe-se nas falas que a figura da doula parece ter surgido para preencher uma lacuna deixada pela própria equipe de saúde, no suporte à mulher durante o trabalho de parto. Sua atuação se baseia em prestar apoio à gestante durante o trabalho de parto e nascimento. A doula trabalha com a gestante algumas técnicas de relaxamento, presta orientações sobre como pode aliviar as dores, encoraja a mulher e a tranquiliza durante todo o processo, fornecendo suporte físico, emocional e informativo à gestante e à família durante o trabalho de parto, parto e pós parto^{30,31}. Atualmente existem entidades que certificam, cadastram e ensinam diversas técnicas e cuidados às gestantes e ao

processo do parto para quem deseja ser doula, como a entidade Doulas do Brasil e a Associação Nacional de Doulas (ANDO)³⁰.

“Hoje a gente é uma equipe. E eu estou bem feliz em participar desta conversa porque eu percebo que tanto que a gente vem falando desde quando eu me formei que a gente precisava de equipe. E hoje as equipes se respeitam.” (Enfermeira 2)

“Eu acho que o que precisava também era dessa coisa do contato com o médico que estará lá no hospital, porque nem todas tem condições de chamar o seu médico, pagar a doula né, mesmo que tenha o convênio, porque algumas tem convênio porque trabalham em uma empresa, então eu acho que também precisava deste vínculo assim de ir ao hospital, de conhecer o ambiente, eu acho que é uma coisa que o projeto Parto Adequado tenta estimular né, e ter o contato também com o profissional que vai estar lá, com a enfermagem que está sempre lá, então eu acho que é uma coisa importante assim, que a paciente tenha este vínculo.” (Médica 1)

“Quando cria o vínculo [com os profissionais] faz a diferença. (...) traz segurança para a mulher também, quando ela já conhece aquelas pessoas que vão estar envolvidas no cenário de parto.” (Doula)

“É uma maneira de você não achar aquele lugar totalmente estranho, totalmente diferente né, do que quando você ganhar o bebê. Então eu acho importante que elas vão, que elas tenham esse contato, eu acho que isso é uma coisa boa, que estimula o parto, e que ela vai lá, que ela conheça o ambiente, que ela conheça as pessoas, eu acho que isso facilita né, e até de conhecer as enfermeiras, porque o médico vai mudar, e quem vai ficar na maioria das vezes durante o trabalho de parto com elas não é o médico do plantão né, o médico muitas vezes vai estar lá na hora do bebê nascer, mas na maioria das vezes são as meninas [enfermeiras] que vão estar lá junto, eu acho que isso é importante assim, eu acho que a gente tem isso com as pacientes do convênio, mas que precisa começar a estimular e fazer com que as do SUS venham também.” (Médica 1)

“Eu acho que deveria ser ofertado esse serviço [de visitar as maternidades], eu acho que o [profissional do] pré-natal que tá fazendo o acompanhamento deveria indicar para ir no hospital e conhecer.” (Enfermeira 3)

“Muitas vezes a gestante também nem sabe aonde que vai nascer.” (Médica 3)

“E também tem mulher que nem faz pré-natal né gente.” (Doula)

As percepções dos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa estão de acordo com as diretrizes do projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), que foi criado em 2017 pelo Ministério da Saúde visando um aprimoramento nos hospitais e a inovação no cuidado na área da obstetrícia. Este projeto tem como objetivo a incorporação de um modelo de práticas centradas nas necessidades das gestantes e de seus bebês, avaliando as melhores práticas de atenção e cuidado baseadas nas relações e nos direitos das mulheres³². O projeto foi implantado inicialmente em hospitais-escola com o objetivo de aprimorar e inovar no âmbito do ensino, atenção e gestão dentro da atenção obstétrica e neonatal. Através desta associação, visa desenvolver e aperfeiçoar práticas de parto e nascimento que façam parte de uma atenção humanizada, de forma a garantir os direitos, a segurança do paciente e o trabalho adequado em equipe e em rede^{32,33}.

Conclusão

A análise dos resultados evidencia que atualmente há uma modificação na forma com que os profissionais estão vendo o parto, caracterizando-o mais como um processo natural fisiológico, aos poucos diminuindo o olhar do parto como um evento cirúrgico e biomédico. Ainda há o medo em parir em algumas gestantes e com isso a opção pela cesariana como via de parto final se justifica, sendo que em alguns casos os profissionais relataram tentar modificar esta opção, durante o pré-natal, junto com a gestante.

Os profissionais participantes desta pesquisa reconhecem que a escolha do parto é direito da gestante, e que o profissional de saúde deve auxiliá-la durante todo o seu acompanhamento do pré-natal sobre as suas condições de saúde e o tipo de parto mais indicado, esclarecendo seus riscos e benefícios. Explicar de forma adequada e clara é um dever ético dos profissionais e se torna essencial para uma boa relação entre os profissionais e seus pacientes. O atendimento, segundo os profissionais, deve ser baseado no respeito, no vínculo com a paciente e no bem-estar da gestante e do bebê. Desta forma, a escolha do parto mais indicado precisa considerar a singularidade de cada mulher. Para que possa haver um protagonismo da gestante no parto, é necessário que haja o encorajamento, que ela saia da posição de paciente, no sentido da passividade. O empoderamento não vai ocorrer no momento do parto, é algo que precisa ser trabalhado ao longo do processo e está

diretamente vinculado a forma como se estabelecem as relações com os profissionais de saúde.

A estratégia da entrevista qualitativa na modalidade de grupo focal mostrou-se adequada ao propósito da atividade, levantando questões pertinentes a serem discutidas na literatura e analisadas em estudos futuros.

Agradecimentos: Os autores agradecem a participação voluntária dos profissionais na enriquecedora discussão em grupo que originou esse trabalho.

Referências

1. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014;30(supl 1):S101–16.
2. Barretos APV, Oliveira ZM. O ser mãe: expectativas de primigestas. *Rev SaúdeCom*. 2010;6(1):9–23.
3. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PDS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto e Context Enferm*. 2018;27(2):1–10.
4. Silva SPCE, Prates RDCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm da UFSM*. 2014;4(1):1–9.
5. Nascimento RRP Do, Arantes SL, Souza EDC de, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaucha Enferm*. 2015;36:119–26.
6. Campos AS, Almeida ACCH, Santos RP. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Rev Enferm da UFSM*. 2014;4(2):332–41.
7. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM Dos, Zarvos MA, Lucia MCS De, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2013;35(6):281–5.
8. Ribeiro CS. Representações maternas no terceiro trimestre de gravidez: uma análise indissociável da singularidade [tese]. Instituto Universitário Ciências psicológicas, sociais e da vida; 2015.

9. Ledford CJW, Canzona MR, Womack JJ, Hodge JA. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. *Fam Med*. 2016;48(7):523–31.
10. Costa DDO, Ribeiro VS, Ribeiro MRCR, Esteves-Pereira AP, Sá LGC, Cruz JAS, Leal MC, Silva AAM. Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: Birth in Brazil survey. *Cad Saude Publica*. 2019;35(8):1–11.
11. Blomquist JL, Quiroz LH, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol*. 2011;28(5):383–8.
12. Lopes RDCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini C. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2005;18(2):247–54.
13. Pereira RM, Fonseca GDO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3517–24.
14. Gregory KD, Korst LM, Saeb S, McCulloch J, Greene N, Fink A, Fridman M. Childbirth-specific patient-reported outcomes as predictors of hospital satisfaction. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(2):201.e1-201.e19.
15. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):925–36.
16. Ferrari J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(2):s409–17.
17. Velho MB, Bruggemann OM, McCourt C, Gama SGN da, Knobel R, Gonçalves AC, D'orsi E. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3):1–15.
18. Fenaroli V, Saita E. Fear of childbirth: A contribution to the validation of the Italian version of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (WDEQ). *TPM*. 2013;20(2):131–54.
19. Oliveira RR De, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TADF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016;50(5):733–40.
20. Mandarino NR, Chein MBDC, Monteiro Júnior FDC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJDS, Mochel EG, Neto JAF. Aspectos relacionados à escolha do tipo de

parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1587–96.

21. Cesar JA, Sauer JP, Carlotto K, Montagner ME, Mendoza-Sassi RA. Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(1):107–13.

22. Carvalho FAM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. *ACTA Paul Enferm*. 2009;22(6):767–72.

23. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps L, Modi N, Hyde M. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(5):1113–35.

24. Gama A de S, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, D'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2480–8.

25. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Human Reproduction Programme. 2015. 1–8 p.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no306. Aprova as diretrizes de atenção à gestante. Secretaria de atenção à saúde 2016.

27. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM de, Gusman CR, Torres JA, Angulo-Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica*. 2014;30:S154–68.

28. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(7):1–169.

29. Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN, Souza KV, Pena ED. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cad Saude Publica*. 2019;35(6):1–11.

30. Silva RM Da, Barros NF De, Jorge HMF, Melo LPT De, Ferreira Junior AR. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2783–94.

31. Leão VM, Oliveira SMJV de. O papel da doula na assistência à parturiente. Rev Min Enferm. 2006;10(1):24–9.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Apice On. Secretaria de atenção à saúde 2017.
33. Fiocruz. ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. Available from: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados do estudo qualitativo evidenciou que, atualmente, há uma modificação na forma com que os profissionais estão percebendo o parto, caracterizando-o mais como um processo natural fisiológico, aos poucos diminuindo o olhar do parto como um evento cirúrgico e biomédico. Os profissionais participantes desta pesquisa reconhecem que a escolha do parto é direito da gestante, e que o profissional de saúde deve auxiliá-la durante todo o seu acompanhamento pré-natal, orientando-a sobre as suas condições de saúde e o tipo de parto mais indicado, esclarecendo seus riscos e benefícios. O atendimento, segundo os profissionais, deve ser baseado no respeito, no vínculo com a paciente e no bem-estar da gestante e do bebê.

Desde o início de nossa imersão no estudo do processo de parto, pudemos perceber os diferentes entendimentos de mulheres e profissionais sobre esta temática por vezes controversa. Mostrou-se recorrente, entre as mulheres, o medo em parir, a insegurança em relação às suas capacidades, e ainda muitas dúvidas e mitos quanto ao processo gestacional e o momento do parto. Com isso, a opção pela cesariana como via de parto final se justifica, sendo que em alguns casos os profissionais relataram tentar modificar esta opção, durante o pré-natal, junto com a gestante. Nosso instrumento apontou que a maior parte das gestantes que responderam, tinham como opção inicial o parto vaginal, o que demonstra que há, atualmente e na contramão das estatísticas mundiais sobre a epidemia de cesarianas, um interesse em parir de uma forma mais natural, trazendo assim mais benefícios para a mãe e para o bebê. Alguns participantes chegaram a referenciar o parto dito humanizado como um parto “da moda”, sendo traduzido, quando diretamente questionado, como um parto com as mínimas intervenções alheias ao binômio mãe-bebê.

O instrumento construído, em sua proposta final para validação, foi composto de 10 itens. A análise fatorial indicou três dimensões do instrumento: segurança (4 questões), sentimentos (4 questões), e preocupações (3 questões). Sua fidedignidade foi avaliada pelos testes estatísticos Alpha de Cronbach e

Spearman com valores de 0.6727 e 0.7658, respectivamente. Sendo assim, o Questionário de Expectativas de Gestantes quanto ao Parto e Nascimento (QEPN) mostrou propriedades psicométricas adequadas para avaliar expectativas de gestantes, além de ser de fácil aplicação.

Pretende-se, a partir da validação preliminar do instrumento QEPN, aplicá-lo em maior escala, permitindo a comparação das expectativas das gestantes segundo diferentes contextos socioeconômicos, de acordo com os desejos pré-gestacionais e experiências prévias vivenciadas. Ainda, a continuidade deste estudo permitirá um melhor entendimento das escolhas das mulheres e da relação dos profissionais da área obstétrica e de familiares nas opções referidas, a partir de comparações específicas das questões abordadas segundo o tipo de parto escolhido por elas. A validação do instrumento em todo o território nacional, e sua tradução para outros idiomas, além da disseminação do conhecimento científico, permitirá um constante aprimoramento do instrumento, de forma a avaliar melhor as expectativas das gestantes, sendo portanto uma ferramenta útil tanto no âmbito assistencial da obstetrícia quanto para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Silva MMDJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm*. 2017;51(e03253):1–8.
2. Barretos APV, Oliveira ZM. O ser mãe: expectativas de primigestas. *Rev SaúdeCom*. 2010;6(1):9–23.
3. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PDS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto e Context Enferm*. 2018;27(2):1–10.
4. Ledford CJW, Canzona MR, Womack JJ, Hodge JA. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. *Fam Med*. 2016;48(7):523–31.
5. Nascimento RRP Do, Arantes SL, Souza EDC de, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaucha Enferm*. 2015;36:119–26.
6. Campos AS, Almeida ACCH de, Santos RP dos. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Rev Enferm da UFSM*. 2014;4(2):332–41.
7. Ribeiro CS. Representações maternas no terceiro trimestre de gravidez: uma análise indissociável da singularidade. Instituto Universitário Ciências psicológicas, sociais e da vida; 2015.
8. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*. 2015;4(1):31–7.
9. Blomquist JL, Quiroz LH, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol*. 2011;28(5):383–8.
10. Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. Vol. 8, *Revista Brasileira de Gestao de Negocios*. 2006. p. 1–12.
11. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):925–36.
12. Cano SJ, Hobart JC. The problem with health measurement. *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:279–90.
13. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Marques A, Pais A. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicol Saúde Doenças*. 2004;5(2):159–87.
14. Fenaroli V, Saita E. Fear of childbirth: A contribution to the validation of the Italian version of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (WDEQ). *TPM*. 2013;20(2):131–54.
15. Salmon P, Miller R. Womens anticipation and experience of childbirth: The independence of fulfilment, unpleasantness and pain. *Br J Med Psychol*. 1990;63:255–9.
16. Ministério da Saúde. Apice On. 2017. p. 1–58.
17. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Quem espera, espera. 2017. p. 1–17.
18. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Projeto Parto Adequado [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 2018 [cited 2018

- Jun 18]. Available from: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>
19. Coutinho EDC, Silva CB Da, Chaves CMB, Nelas PAB, Parreira VBC, Amaral MO, et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? *Rev da Esc Enferm da USP*. 2014;48(2):17–24.
 20. Vieira BD, Parizotto APAV. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc Ciência - ACBS*. 2013;4(1):79–90.
 21. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saude Publica*. 2018;34(5):1–13.
 22. Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*. 2012;212–27.
 23. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d’Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014;30(suppl 1):S101–16.
 24. Melo LDL, Lima MADDS. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(1):81–6.
 25. Pallant JF, Haines HM, Green P, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, et al. Assessment of the dimensionality of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire using factor analysis and Rasch analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–11.
 26. Silva SPCE, Prates RDCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm da UFSM*. 2014;4(1):1–9.
 27. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 18]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtohtm.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>
 28. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*. 2015. 1–8 p.
 29. Ministério da Saúde. portaria nº306 Aprova as diretrizes de atenção à gestante. *Secr atenção a saúde*. 2016;306:87.
 30. Marques ACM. Determinants of women’s expectations and satisfaction during labour, delivery and postpartum. *Escola Superior de Saúde de Viseu*; 2013.
 31. Moradabadi A, Alavi A, Yabandeh A, Eftekhaari T, Dadipoor S. Factors involved in selecting the birth type among primiparous women. *J Educ Health Promot*. 2018;7(1):1–6.
 32. Carvalho FAM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. *ACTA Paul Enferm*. 2009;22(6):767–72.
 33. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps L, Modi N, Hyde M. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(5):1113–35.
 34. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2015;25(3):885–904.
 35. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1–12.

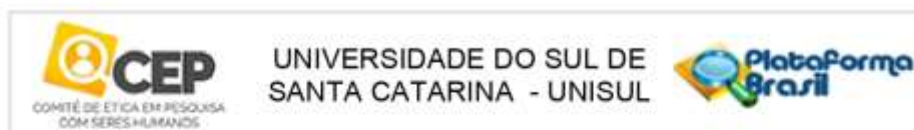
36. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM Dos, Zarvos MA, Lucia MCS De, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2013;35(6):281–5.
37. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Interação em Psicol.* 2009;13(1):13–23.
38. Lopes RDCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini C a. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2005;18(2):247–54.
39. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MA de SM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.* 2018;34(5):1–15.
40. Viana LVM, Ferreira KM, Mesquita MDADSB. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. *Rev Saúde em Foco.* 2014;1(2):134–48.
41. Ferrari J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010;10(2):s409–17.
42. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto e Context Enferm.* 2016;25(1):1–10.
43. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):699–705.
44. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves ADC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery.* 2018 Nov 17;22(1):1–8.
45. Baldisserotto ML, Theme Filha MM, Da Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: The "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reprod Health.* 2016;13(Suppl 3):200–65.
46. Oliveira RR De, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TADF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2016;50(5):733–40.
47. Mandarino NR, Chein MBDC, Monteiro Júnior FDC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJDS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(7):1587–96.
48. Cesar JA, Sauer JP, Carlotto K, Montagner ME, Mendoza-Sassi RA. Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2017;17(1):107–13.
49. Luuk D, Houtzager T, Omary K, John H, Van RJ, Sadock NA. Caesarean section audit to improve quality of care in a rural referral hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:164:1–7.
50. Fiocruz. ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. 2019 [cited 2018 Oct 10]. Available from: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/>
51. Franklin JS, Bittar CML. A humanização do parto. Relatos de puérperas que tiveram parto normal em um hospital privado no município de Franca. *Rev Investig Ciências da Saúde.* 2015;14(2):139–48.
52. Teixeira MMDS, Santos SLS Dos. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. *Interface* -

- Comun Saúde, Educ. 2018;22(65):399–410.
53. Silva RM Da, Barros NF De, Jorge HMF, Melo LPT De, Ferreira Junior AR. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2783–94.
 54. Leão VM, Oliveira SMJV de. O papel da doula na assistência à parturiente. *Rev Min Enferm*. 2006;10(1):24–9.
 55. Lei nº 11.108 [Internet]. [cited 2018 Aug 6]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
 56. Tostes NA, Seidl EMF. Expectant Mother's Expectations for Birth and their Perceptions of Delivery and Birth Preparation. *Temas em Psicol*. 2016;24(2):681–93.
 57. Pedreira M, Leal I. Third trimester of pregnancy: expectations and emotions concerning the childbirth. *Psicol Saúde Doenças*. 2015;16(2):254–66.
 58. Freire HS de S, Campos FC, Castro RCMB, Costa CC da, Mesquita VJ de, Viana RAA. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *J Nurs UFPE*. 2017;11(6):2357–67.
 59. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:1–10.
 60. Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: Relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res*. 1992;36(4):317–27.
 61. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061–8.
 62. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):206–13.
 63. Prieto L, Badia X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Aten primaria*. 2001;28(3):201–9.
 64. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicol Teor e Pesqui*. 2007;23(1):99–107.
 65. Pasquali L. Psicometria. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2009;43(1):992–9.
 66. Streiner D, Norman G, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. *Aust N Z J Public Health*. 2016;40(3):294–5.
 67. Filho N de A, Barreto ML. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. 699 p.
 68. Urbina S. Essentials of psychological testing. 4th ed. Wiley, editor. Wiley. 2014. 339 p.
 69. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 2012;33(1):159–74.
 70. Kaiser HF. A second generation little jiffy. *Psychometrika*. 1970 Dec;35(4):401–15.
 71. Kaiser HF, Rice J. Little Jiffy, Mark Iv. *Educ Psychol Meas*. 1974 Apr 2;34(1):111–7.
 72. Cerny BA, Kaiser HF. A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate Behav Res*. 1977 Jan 1;12(1):43–7.
 73. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev bioét*. 2013;21(3):509–17.
 74. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new

questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1998 Jan 7;19(2):84–97.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Elaboração e validação de um questionário para avaliação das expectativas de primigestas em relação ao parto.

Pesquisador: Gabriela Moreno Marques

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04117018.4.0000.5369

Instituição Proponente: Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

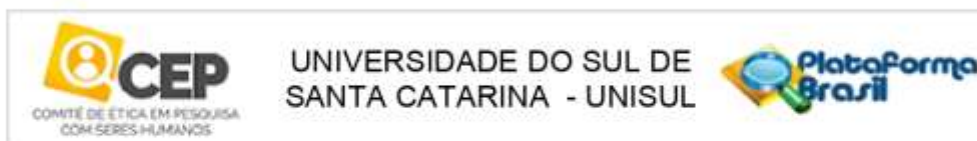
Número do Parecer: 3.204.605

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, com o objetivo de construir e validar um instrumento para avaliar as expectativas de primigestas brasileiras em relação ao processo de parto.

Estudo transversal que será desenvolvido em quatro etapas. Na primeira etapa será realizada uma revisão da literatura nas bases de dados MEDLINE/PubMed, EMBASE (Elsevier), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe / BVS - Biblioteca Virtual em Saúde), sobre os questionários já utilizados que abordem o constructo de interesse deste estudo: as expectativas em relação ao processo de parto. A segunda etapa envolve a organização de grupos focais para discussão da temática, com duas populações: a) Grupo focal com dez especialistas no tema abordado, como: ginecologistas e obstetras, enfermeiras obstétricas, doulas, psiquiatras e psicólogos. Para a escolha e alocação dos profissionais para compor o grupo serão considerados o conhecimento na temática e a experiência na prática profissional. b) Grupo focal com dez gestantes que estejam no 3º trimestre da gravidez, primigestas e multiparas, que serão convidadas a participar do estudo nas unidades de saúde no município de Tubarão, Santa Catarina, durante as consultas 26 de rotina do pré-natal, ou em grupos de gestantes realizados em instituições de saúde do município. Para tal, serão identificadas, a partir de uma triagem prévia, mulheres com diferentes motivações e escolhas em

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.204.605

relação ao parto. A partir da análise dos itens que permeiam as expectativas das mulheres, na visão dos especialistas profissionais da área e das próprias gestantes, será elaborado um questionário que contemple as diferentes dimensões do tema, envolvendo expectativas quanto ao parto. A construção de escalas de mensuração da expectativa com o parto deverá seguir uma escala de valores, do totalmente concordante ao totalmente discordante (Escala do tipo Likert de 5 pontos). Após sua construção, o instrumento será testado em população de primigestas identificadas nas unidades básicas de saúde, grupos de gestantes e grupo de mães, de forma a avaliar a compreensão, aceitabilidade, confiabilidade e validade (efetividade do instrumento em medir o que se pretende medir). O instrumento deve ser auto aplicado. Como quarta etapa, será realizada a validação do instrumento que permita classificar as expectativas da mulher primigesta em relação ao trabalho de parto e parto, a partir dos escores obtidos em cada item investigado. Como tamanho amostral, para o processo de validação, recomenda-se um mínimo de 10 participantes para cada questão a ser avaliada. Assim, com a pretensão de construir um questionário com 15 questões, estima-se uma amostra de 150 participantes.

Serão incluídas no grupo focal gestantes no terceiro trimestre gestacional, primíparas e multiparas. Na terceira etapa, serão incluídas na pesquisa gestantes no 3º trimestre de gravidez, que sejam primigestas e que aceitem participar da pesquisa. Serão excluídas Gestantes com comorbidades e gestações de alto risco. Na terceira etapa, primigestas analfabetas serão excluídas do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

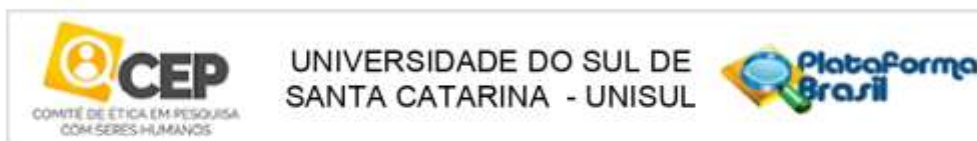
Objetivo primário:

Construir e validar um instrumento para avaliar as expectativas de primigestas brasileiras em relação ao processo de parto.

Objetivos secundários:

- Identificar quais serão os aspectos físicos, psicológicos e pessoais que farão parte do questionário.
- Definir as questões que avaliarão cada domínio;
- Construir o instrumento em sua versão final;
- Avaliar o comportamento da escala (confiabilidade e a validade) a partir da sua aplicação em uma amostra de gestantes atendidas em Tubarão/SC.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.204.605

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios do estudo superam os possíveis riscos em que os participantes estão submetidos, conforme os autores abaixo descreveram:

"Como riscos deste estudo, podem haver situações de constrangimento na participação do grupo focal, pela possibilidade de surgirem conflitos de opiniões ou condutas em saúde, especialmente entre os diferentes profissionais. Ao grupo será enfatizado o caráter exploratório do tema em debate, e o objetivo maior de compartilhamento de diferentes experiências no intuito de aprimorar o atendimento à gestante. Em casos de conflitos indissolúveis, os participantes serão livres para retirar-se a qualquer momento. Ainda, no teste do questionário, pode ocorrer desconforto ao responder alguma questão da pesquisa e, por se tratar de um tema delicado como a gravidez, podem surgir sentimentos de emoção, ansiedade e outros nas gestantes participantes. Se ocorrer algum constrangimento, a gestante poderá interromper a entrevista e informar para a pesquisadora, solicitando auxílio. Como benefícios do estudo, será propiciado um espaço para a fala sobre estas expectativas e emoções que surgem neste período da gravidez, e a produção de conhecimento para que demais profissionais da área da saúde, bem como de gestantes, possam estar mais abertos às escolhas e motivações das mulheres, sabendo destas variáveis que permeiam este período gestacional e do nascimento."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta uma revisão bibliográfica satisfatória para a compreensão da problemática da pesquisa, com metodologia adequada para o alcance dos objetivos que foram delineados.

O estudo apresentará importantes contribuições para o conhecimento na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações:

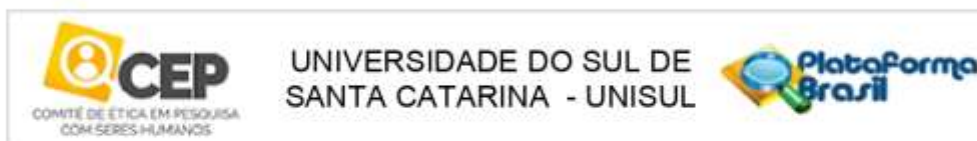
Projeto elaborado de acordo com as exigências metodológicas e éticas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de Pesquisa elaborado de acordo com as exigências éticas em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os pesquisadores se comprometem no Projeto a iniciar a coleta de dados somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.204.605

Não constam pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1267144.pdf	05/12/2018 18:53:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoExpectativasGabriela.pdf	05/12/2018 18:02:02	Gabriela Moreno Marques	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	05/12/2018 18:01:40	Gabriela Moreno Marques	Aceito
Outros	DeclaracaoCoparticipante.pdf	05/12/2018 18:00:57	Gabriela Moreno Marques	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoMestradoExpectativasGabriela.docx	04/12/2018 15:13:22	Gabriela Moreno Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimento.docx	29/11/2018 11:31:31	Gabriela Moreno Marques	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 18 de Março de 2019

Assinado por:
Josiane Somariva Prophiro
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

ANEXO B – Artigo 3

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 246 (2020) 90–98

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb

Review article

Instruments measuring pregnant women's expectations of labor and childbirth: A systematic review

Gabriela M. Marques^a, Diego Z. Nascimento, Daisson J. Trevisol, Betine P.M. Iser

Postgraduate Program in Health Sciences, University of Southern Santa Catarina at Tubarão, Av. José Acácio Moreira Santos, 787 - Dohen, Tubarão SC, 88704-900, Brazil

ARTICLE INFO

Article history:
Received 16 July 2019
Received in revised form 7 January 2020
Accepted 11 January 2020
Available online xxx

Keywords:
Pregnant women
Pregnancy expectation
Systematic review
Measurement instruments
Validated questionnaires

ABSTRACT

To systematically identify studies about the assessment of pregnant women's expectations, using measuring instruments. An online search was made of Medline/PubMed, SciELO, Google Scholar, CAPES and LILACS databases in national and international publications from their first indexation until December 2018, using words associated with expectations during pregnancy. This review included observational studies that presented instruments to measure the expectations of pregnant women; observational studies that described the instrument development or tested the psychometric properties of an instrument. The studies were independently assessed for inclusion, data extraction and potential risks of bias. Because all study designs were observational, MOOSE was used to evaluate the quality of data. The Terwee's quality criteria were used for quality assessment of the instruments. Thirty-two studies were included in this review. The aim of the identified instruments was to measure expectations, experiences, satisfaction, quality of attachment, and attitudes at delivery, encompassing several aspects of the pregnancy process and childbirth. Most studies measured expectations only by relating them to fear and pain during childbirth. The results of this systematic review indicated that there are currently no instruments measuring pregnant women's expectations about childbirth other than those focusing on fear and pain. This gap indicates a need to develop a specific instrument for assessing and measuring this phenomenon comprehensively.

© 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.

Contents

Introduction	91
Methods	91
Eligibility criteria, information sources, search strategy	91
Study selection	91
Data extraction	91
Assessment of risk of bias	91
Data synthesis	91
Results	92
Study selection	92
Study characteristics	92
Risk of bias of included studies	93
Synthesis of results	93
Comment	93
Main findings	93
Strengths and limitations	97
Comparison with existing literature	97

^a Corresponding author.
E-mail address: gabrielmoreno@gmail.com (G.M. Marques).

Conclusions and implications	97
Authors' contributions	97
Role of the funding source	97
Declaration of Competing Interest	97
Acknowledgements	97
References	97

Introduction

Different feelings emerge during pregnancy, mainly those related to expectations about the type of delivery to be performed and the changes that will occur after childbirth in the life of the whole family [1–3]. Pregnant women's expectations may be related to feelings of fear, anxiety and insecurity, worries and fantasies, not only about the type and duration of delivery, but also about other aspects of maternity, such as the expectations of the idealized baby and breastfeeding. There are several issues related to pregnant women's feelings, desires and thoughts regarding their babies and labor experience [1–4].

Expectations play an important role in the construction of pregnant women's identity as mothers, preparing them, along with their families, for the responsibilities that will come with the baby's birth [4]. The feelings that permeate women during gestation is related to the cultural environment they live in, and can be influenced by previous experiences, either their own or those of their families, by popular stories or media reports, or by negative relationships with health professionals, even when such information is not realistic or accurate [1,2,4].

In any case, women's expectations of labor and childbirth will determine their choices and directly influence their level of satisfaction [4,5]. When these expectations are achieved, they will have a positive experience and their level of satisfaction will be high [4,6]. When women reach satisfaction with the childbirth experience, they feel welcomed, important and motivated for motherhood, which leads to a good relationship between mother and baby [5,6]. Because of these factors, it is important for the families, physicians, caregivers and other persons involved in pregnancy to identify pregnant women's expectations of labor and childbirth [5,7,8].

Health professionals can use specific instruments, such as questionnaires or scales to measure pregnant women's expectations, although there is no consensus as how to best measure these feelings. In this sense, it is very important to conduct a systematic review that identifies the instruments addressing these issues to verify whether they are appropriate to measure pregnant women's expectations. Identifying the most appropriate instrument for each purpose of the study is also crucial [5,7–9].

The objective of this study was to identify assessment instruments for pregnant women's expectations.

Methods

This systematic review is in line with the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA) and was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) under the number: CRD42019125541.

Eligibility criteria, information sources, search strategy

An online search on pregnant women's expectations was made of Medline/PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar, Periodicals of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). All papers

related to the issue, published in national and international publications until December 2018, were included in this review. The following terms were used as descriptors: "pregnancy questionnaire expectation" for PubMed and Google Scholar; "expectativas gestantes questionário" (pregnant women questionnaire) for LILACS and CAPES Journals; "grávidas expectativas" (pregnancy expectations) for SciELO.

The inclusion criteria for selecting studies in this review were the following: Observational studies that presented instruments to measure pregnant women's expectations; described the development or test the psychometric properties of an instrument; assessed pregnancy, delivery, and the postpartum period. The studies were included if one or more dimensions were related to pregnant women's expectations; if they reported original research published in peer-reviewed journals; if they were published in English, Portuguese or Spanish. Dissertations, theses, and papers whose main objective was not the measurement of pregnant women's expectations or in cases of unvalidated instruments or without testing the psychometric properties were excluded from this review.

Study selection

Two reviewers (GMM and DZN) independently evaluated related titles and abstracts found in the databases. The full texts of the potentially relevant studies were retrieved and reviewed in depth. Disagreements between the reviewers were resolved by consensus or by the decision of a third independent reviewer (BPMI).

Data extraction

Two independent reviewers (GMM and DZN) collected data from the selected articles. The following data were extracted from each study: Name of the instrument used (acronym), authorship and year of publication, country of origin, instrument objective, number of instrument items, instrument dimensions or subscales, instrument response scale, and request to answer the questionnaire.

Assessment of risk of bias

The MOOSE Checklist [10] for meta-analyses of observational studies was initially used to evaluate the quality of the published studies, considering that most were observational. The studies were considered of good quality when they met at least 70 % of the criteria or items considered essential in the reports of observational studies. The Terwee's quality criteria [11] was used to assess studies on instrument validation, considering good instruments those that met at least 60 % of the criteria indicated in the evaluation of the instrument psychometric properties.

Data synthesis

Syntheses of the extracted data were performed and displayed in tables, because of the methodological heterogeneity of the studies included in this review.

Results

Study selection

We searched 16,024 publications, of which 15,991 were excluded on title and abstract screening (Fig. 1). Thirty-three full articles were reviewed, and an additional article was excluded because it used an unvalidated instrument. This systematic review encompassed 32 selected articles, of which 28 were found in the PubMed database, 3 in the SciELO database and 1 in the CAPES journals. No articles were found in the LILACS and Google Scholar databases that met the inclusion criteria of this review. Fig. 1 shows the selection process of the relevant studies, detailed in a PRISMA flowchart.

Study characteristics

This systematic review selected 32 studies that addressed pregnant women's expectations. The included studies were published between 1998 and 2015, and were carried out in the following countries: Sweden [12–15], Norway [16–18], Iran [19–21], Portugal [22–25], Australia [26,27], Turkey [28–30], Northern Ireland [31], Canada [32], United States [33], Spain [34], Peru [35], Brazil [36], Israel [18], Thailand [37], Italy [38], China [39], India [40], Japan [41], Malawi [42] e Taiwan [43].

A content analysis of these studies revealed 10 different instruments or scales to measure pregnant women's expectations as follows: Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ) [12], Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) [31], *Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto* (QESP) [22], Questionnaire Measuring Attitudes About Labor and Delivery (QMAALD) [32], Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) [13], The Multidimensional Health Locus of Control Scales for Labor and Delivery (MHLC-LD) [33], Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) [34], Childbirth Expectations Questionnaire (CEXpQ) [43], Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) [37], Interview of Maternal Representations During Pregnancy- Revised Version (IRMAG-R) [25].

Three of the 32 selected studies developed a new instrument [12,13,22], seven presented an evaluation of the psychometric properties [16,26,29,31,33,35,37], and five conducted cross-cultural validation [21,23,34,37,41]. One study presented the abbreviated proposal of an already validated instrument [39], and another compared the psychometric properties of two already validated instruments [27]. Eight studies used the WDEQ instrument to assess fear of childbirth [15,18–20,28,30,38,42]. Two studies assessed the choice of epidural analgesia and its influence on delivery, using the WDEQ instrument [17,40]. Three studies used measuring instruments to assess mothers' childbirth experience [14,24,32]. One study used the QESP to measure satisfaction

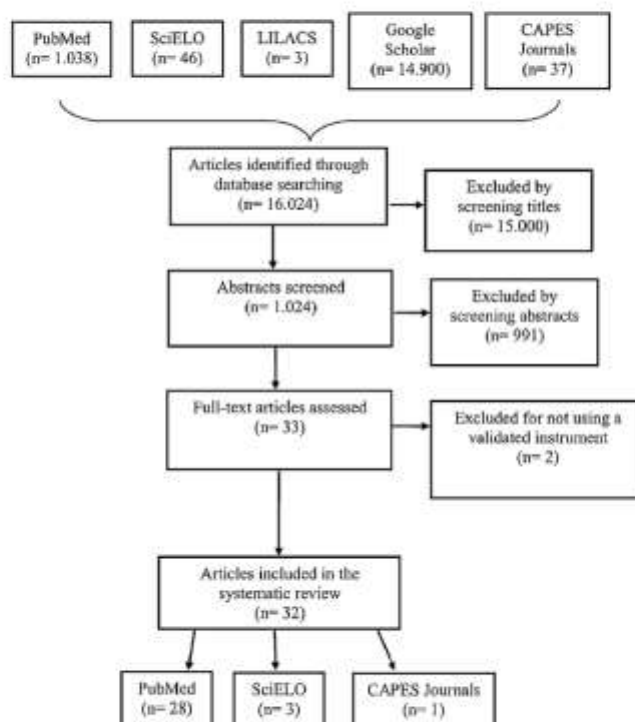


Fig. 1. Flow diagram of the study selection process.

with labor and delivery care [36]. Two studies used measuring instruments to assess pregnant women's expectations [25,43].

Details of the measuring instruments used in the selected studies are described in Table 1.

Risk of bias of included studies

The 32 selected studies were evaluated using the MOOSE Checklist¹⁰ and reached an average of 70 % of the criteria, and were thus defined as having good quality.

Quality assessment of the identified instruments was made using the Terwee's quality criteria [11] to evaluate their psychometric properties. The IRMAG-R [25] instrument was not evaluated because it was a qualitative interview. The analysis revealed that all the nine instruments [12,13,22,31–34,37,43] met the content validation requirements. Internal consistency, criterion and construct validity were confirmed in eight instruments [12,13,22,31–34,37]. QESP [22] was the solely instrument to present reproducibility, which was not described in the other instruments. The description of floor and ceiling effects (responses to the lowest and the highest possible value) was found in seven instruments [12,13,22,31,32,37,43]. Based on this assessment, the instruments with the highest quality were the following: QESP [22], CEQ [13], WDEQ [12], CBSEI [31], QMAALD [32], CAQ [37], CExpQ [43] obtained the lowest score in this evaluation.

The details of the analysis according to the Terwee's quality criteria are described in Table 2.

Evaluation of instruments according to the Terwee's quality criteria (Table 2)

Synthesis of results

The purpose of the measuring instruments was to assess the following aspects: fear of childbirth [15,18–20,28,30,38,42], delivery experience [14,24,32], satisfaction with childbirth [36], choice of epidural analgesia and its influence on delivery [17,40]. Only two instruments were used to measure pregnant women's expectations [25,43].

Comment

Main findings

WDEQ was the most widely used instrument, being applied in ten studies [12,14,15,19–21,26,35,40,42], with different objectives. It was used as a measuring tool to assess fear of childbirth in four studies [15,19,20,42], choice of epidural analgesia⁴⁰ and influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes [14]. The instrument was validated for the Persian (Farsi) language [21], and two studies [26,29] evaluated its psychometric qualities. The instrument has two versions, and is applied at the prenatal stage (version A) or early postpartum (version B). Version A was used in seven studies [16–18,27,28,30,41], most of them focusing on fear of childbirth [16,27,28,30], although it was also used to evaluate the choice of epidural analgesia [17,18]. An Italian version of this instrument was used in one study focused on the fear of childbirth [38], and its cross-cultural adaptation to the Japanese was carried out [41]. Version B of the WDEQ was evaluated for its psychometric qualities in one study [29], which demonstrated that the instrument was reliable and valid for measuring fear of childbirth.

In 1998, Wijma and colleagues [12] presented the WDEQ theory, together with documentation of their first psychometric study. The main result of the study was to evidence that the internal consistency reliability of the instrument was good for measuring fear of childbirth.

The CBSEI tool was used in four studies [23,31,37,39] to evaluate its psychometric qualities [31,37], in an abbreviated form [39], and in a cross-cultural adaptation to European Portuguese [23]. In 1999, Sinclair [31] conducted a study to replicate this instrument, developed by Lowe in 1993, to a new population. The results showed the instrument was reliable to identify pregnant women who needed support to overcome delivery fear.

The QESP tool was used in three studies [22,24,36], encompassing a Brazilian study focused on a comparison between expectations and experiences [24], tool development and validation for Portugal [22] and assessment of women's satisfaction with delivery experiences [36]. Costa [22] conducted a study in 2004 to develop and validate the QESP tool, designed to assess pregnant women's satisfaction with childbirth experiences. The results of the psychometric analysis showed the QESP tool had a good internal consistency and reliability [22].

QMAALD was used to determine the factors that predicted pregnant women's satisfaction with childbirth experiences in Canada [32]. Bryanton [32] conducted a study in 2008 using the QMAALD tool and identified that the main predictors for a positive perception of childbirth were the following: type of delivery; degree of awareness, relaxation and control; partner support, and be together with the baby after childbirth.

The CEQ tool was found in the literature showing its development and validation for Sweden [13]. Dencker [13] conducted a study in 2010 to develop a measurement instrument that could evaluate the different aspects of first-time mothers' childbirth experiences. After a psychometric analysis, the CEQ tool showed good sensitivity with dimensions discriminating well between different childbirth experiences.

The MHLC-LD tool was found in the literature showing its development and validation for the United States [33]. Stevens [33] conducted a study in 2011 to examine the construct validity of a new measure for health locus control, meaning the autonomy for health choices. The results of that study showed the MHLC-LD tool could be used to measure specific beliefs about childbirth by using health locus control, but further assessment is needed to determine if its structure is invariant across different demographic groups.

The MAAS tool was used in a Spanish cross-cultural validation study, based on the questionnaire prepared by Condon in 1993, described in Navarro-Aresti et al. [34]. The study by Navarro-Aresti et al. published in 2015 [34], aimed to propose the MAAS scale as an adequate instrument to measure prenatal attachment of the mother to her fetus. The psychometric analysis indicated a moderate-to-high internal consistency, and the Spanish version of the MAAS was considered adequate to measure prenatal attachment.

The CExpQ instrument, developed by Gupton et al. in 1991, was used by Bi-Chin Kao et al. [43] in a study published in 2004 that aimed to understand the expectations of childbirth and feeling differences between pregnant women and their partners. The results of their study showed that both pregnant women and their partners had concerns for the mother and unborn baby's welfare and expected the labor process would be short and safe.

The CAQ tool was used by Tanglakmankhong [37] in a study published in 2011, to analyze the psychometric properties of the Thai language version of both CBSEI and CAQ instruments and test the equivalence across Thai and English versions of these two instruments. The results showed both instruments had a good validity and reliability to be used among Thai women.

The IRMAG-R tool developed by Ammaniti & Tambelli, 2010, and used by Pedreira and Leal [25] in study published in 2015, aimed to analyze pregnant women's emotional experiences and expectations of childbirth, in their third trimester of pregnancy. The results of that study revealed an intense affective

Table 1
Summary of measuring instruments to assess pregnant women's expectations.

Instrument (Acronym)	Number of items	Dimensions/ subcales	Response scale/ results	Indication	Studies using this instrument
Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (WDEQ)	Version A = 33 items Version B = 33 items	Six subscales: labor pain, lack of positive behaviors, anxiety, lack of positive feelings, fear of childbirth, and concerns for the wellbeing of the baby.	5-point Likert scale Score ≤ 37 = "low fear"; between 38 and 65 = "moderate fear"; Score ≥ 66 = "high fear".	Gestation weeks 37–39 (Version A) and 24 h after delivery (Version B).	Wijma, 1998 [11] Aldehag, 2006 [14] Willem, 2008 [13] Korukcu, 2012 [14] Blact, 2014 [39] Pallant, 2016 [25] Morrazei, 2017 [26] Morrazei, 2018 [16] Azimi, 2018 [19] Khawaja, 2018 [41] Sisale, 1999 [30] Ip, 2008 [38] Tangakumabong, 2011 [36] Prata, 2016 [22] Costa, 2003 [23] Cicco, 2012 [35] Costa, 2004 [21]
Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)	82 items	4 subscales: Result of active labor (contractions); Self-efficacy expectations for active labor; Second stage of labor outcome (push the baby); Self-efficacy expectations for the second stage of labor. The questions are divided into: expectations, experience, satisfaction, and labor-related pain at delivery and immediate postpartum.	Scale scores are the average of the answers to each item ranging from 1 (nothing useful or anything) to 10 (very useful or completely right).	Pregnant women during their third trimester of pregnancy	
Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESF) [Experience and Satisfaction with Childbirth Questionnaire]	104 items		Likert Scale Scale ranging from 1–4: experience, expectations, satisfaction, and pain. Scale ranging from 0–100: questions related to pain intensity. The total scale score is the sum of the subscale scores. The higher the score, the more positive perception a woman has about delivery.	5 days after delivery	
Questionnaire Measuring Attitudes about Labor and Delivery (QMAALD)	29 items	11 items stated as questions, refer to labor (confidence, breathing and relaxation, feeling of control, decision-making involvement, partner support); 12 items related to birth (confidence, relaxation, satisfactory state, sense of control, partner support); 2 items on the combination of labor and birth (knowing expectations, involved in the process as a staff member); and 3 items on the initial contact with the baby after giving birth (for example, holding and touching the baby).	The instrument measures attitudes about labor and delivery on a 5-point, Likert-type scale. The higher the overall score, the more positively the delivery experience is for a possible total score ranging from 29–145.	12 to 48 hours after delivery	Bryman, 2008 [31]
Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)	22 items	4 subscales: self-capacity, professional support, perceived security, and participation.	4-point, Likert scale ranging from 1 (totally agree), 2 (strongly agree), 3 (strongly disagree) to 4 (strongly disagree). No information available	At 1 month after delivery	Dencier, 2010 [12]
The Multidimensional Health Locus of Control Scales for Labor and Delivery (MHLC-LD)	18 items	Subscales: 4 health locus of control (HLC) dimensions: internal, physicians, powerful others, and chance. Each subscale attempts to assess the degree to which an individual believes that health is attributed to his own behavior, to his physician, to other people, or chance.	No information available	No specific indication	Stevens, 2011 [32]

Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)	12 items	This scale comprises 12 items, each with five response options, divided into two subscales: attachment quality and attachment intensity. None	Five response options are provided for each item, from the lowest to the highest frequency: intensity, quality of conduct, or proposed feeding.	No specific indication.	Navarro-Arce, 2015 [33]
Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ)	16 items	None	4-point Likert scale ranging from 1 to 4, with higher scores representing greater fear. Scale scores are calculated by averaging responses on all 16 items.	After 28 weeks of gestation	Tanglakunakshong, 2011 [36]
Childbirth Expectations Questionnaire (CEpQ)	37 items	None	37 items scored on a 5-point Likert scale, ranging from "strongly agree" (5) to "strongly disagree" (1). Total scores may range from 37 to 185, with higher scores indicating higher levels of delivery expectations.	Pregnant women who are over 36 weeks' gestation	Bi-Chin Kan, 2004 [42]
Interview of Maternal Representations During Pregnancy (IRMGP-R)	41 items	The interview features 41 questions, organized in seven parts. The first part allows us to analyze how a pregnant woman organizes and expresses her experience. The second part covers the topics on the desire for maternity based on the personal and conjugal history of the pregnant woman. The third part focuses on the reactions of the pregnant woman and of her network to pregnancy news. The fourth part explores the emotions and changes that occurred in all areas of her life. The fifth part is aimed at analyzing the perceptions, emotions, fantasies, and the mental space allowed for the baby. The sixth part focuses on expectations about the future and possible changes. Finally, the seventh part covers the life history of the pregnant woman.	No response scale, since this is an interview.	Pregnant women, without specifying the gestation stage	Pedreira e Leal, 2015 [34]

involvement with the baby, which caused concerns about the baby's well-being and, to some extent, worries about the delivery. Pregnant women's expectations were mostly positive. Pregnant women wished to have a fast, easy delivery, with little medical intervention, and were aware of the labor-related pain. They had a confident posture, and anxiety was characterized by the desire to know the real baby, besides longing for the baby's father presence during the delivery. They also asserted that the mother herself was the main supportive person for the baby during the postpartum period.

None of the selected studies focused particularly on measuring pregnant women's expectations. In all studies of this review, the measurement instruments were used to measure fear and pain-related feelings about labor and childbirth.

The lack of instruments measuring pregnant women's expectations may be related to when they were applied, since most were applied after childbirth, except for CBSEI [31] and IRMAC-R [25], which were designed for application to women during their third trimester of pregnancy. Instruments designed to assess pregnant women's expectations, but applied in the postpartum period, do not measure expectations adequately, since they are not applied in the right time frame of the gestational period [1,3,4,44]. This lack of synchrony indicates a need for specific instruments that can adequately measure pregnant women's expectations, because there is a direct relationship between expectations and satisfaction with the delivery experience, mother and baby relationship, and women's self-esteem [3–5,44].

The choice of a suitable instrument is fundamental to respond adequately to the research question. When it comes to a subjective outcome, as is the case with expectations, the difficulty in finding the best instrument is even greater, because some available instruments are only focused on a few aspects, such as fear and pain.

Strengths and limitations

The strengths of this systematic review encompassed the identification of different instruments and means of evaluating pregnant women's expectations, allowing to choose the most appropriate measure to achieve the objectives of the study, be it fear, pain, or the ability to cope with childbirth.

While this may be true, the fact that only few studies used instruments with the objective of evaluating pregnant women's expectations, and their variability can be understood as a limitation to identify a single, more specific instrument. This limitation strengthens the need for having a clear specification of the outcome of interest, which, in this case, was the expectations of pregnant women, to develop and validate tools appropriate to what is intended to measure, thus allowing the obstetric area to be corroborated by other studies.

Comparison with existing literature

Our results are in line with those found in the literature, such as the study by Gregory et al. [7], regarding the need to improve care for pregnant women and humanize health care to reach a high-level of satisfaction with the delivery experience. It is known that satisfaction with childbirth is directly influenced by pregnant women's expectations [5], which highlights the need for and importance of an instrument that can adequately measure this phenomenon, to meet the expectations and thus increase the level of satisfaction. A systematic review [45] analyzed instruments used to measure pregnant women's satisfaction with childbirth experiences and also found a great heterogeneity of content and quality of the instruments, but it did not include studies that evaluated the expectations of pregnant women.

Conclusions and implications

The results of the present systematic review indicated that there were currently no instruments that measure the expectations of pregnant women regarding childbirth comprehensively. This gap indicates a need to develop a more appropriate tool for assessing this important phenomenon. The main objective of this systematic review was to allow professionals working in the obstetric field to understand better the feelings of pregnant women, considering the anxiety and desires associated with delivery, in order to meet their expectations as far as possible. As a result, a higher level of satisfaction in the postpartum period can be achieved, favoring pregnant women's self-esteem, empowerment as mothers and positively influence the relationship between mother and baby.

Authors' contributions

GMM and DZN contributed to the design and delineation of the review, bibliographic search and sorting the identified articles, evaluating the quality of the evidence, extracting and analyzing the data, and writing and revising the final manuscript. DJT contributes with quality assessment and critical review of the manuscript. BPMI contributed to the study design, selection, quality evaluation, writing, and critical review of the manuscript.

Role of the funding source

There was no funding source for this study.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this systematic review.

Acknowledgements

National Council for the Improvement of Higher Education (CAPES), Brazil, and Foundation for Research and Innovation Support of the Estate of Santa Catarina (FAPESC). The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of the CAPES and FAPESC. The funding agency had no role in design or conduct of the study or the decision to publish study results.

References

- [1] Ledford CJM, Canzina MR, Womack JJ, Hodge JA. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol* 2016;48(7):523–31.
- [2] Marques ACM. Determinants of women's expectations and satisfaction during labour, delivery and postpartum. *Escola Superior de Saúde de Viseu*; 2013.
- [3] Kyaddondo D, Mugerwa K, Byamugisha J, Oladapo OT, Bohren MA. Expectations and needs of Ugandan women for improved quality of childbirth care in health facilities: A qualitative study. *Int J Gynecol Obs*. 2017;139(1):38–48.
- [4] Irazavi M, Zarean E, Janghorbani M, Bobrari M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot* 2015;4(1):21–7.
- [5] Marques GM, Nascimento DZ, Iser BPM. An instrument which addresses the expectations of pregnant women over childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220(5):506–7.
- [6] Blomquist JL, Quinn LH, Handa VA. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol* 2011;28(5):383–8.
- [7] Gregory KD, Korst LM, Saeb S, et al. Childbirth-specific patient-reported outcomes as predictors of hospital satisfaction. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220(2):201.e1–201.e19.
- [8] Afshar Y, Mei J, Wong M, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff TT. The role of the birth plan in obstetrical and neonatal outcomes and birth experience satisfaction. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(1):S282.
- [9] Truijens SEM, Pummer AM, Van Rijnandij, Verhoeven CJM, Der SG, Pop VJM. Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *Eur J Obstet Gynecol* 2013;174:35–40.

- [10] Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. MOOSE guidelines for meta-analyses and systematic reviews of observational studies. *J Am Med Assoc* 2000;283(15):2008–12.
- [11] Terwee CB, Bot SD, De Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60:14–22.
- [12] Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19(2):84–97.
- [13] Dencker A, Tall C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth Experience Questionnaire (CEQ): Development and Evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):8.
- [14] Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparous with caesarean section. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2008;115(3):324–31.
- [15] Alehagen SW, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol* 2006;85:56–62.
- [16] Garthus-Niegel S, Starken HT, Torgersen I, Von Seest T, Eberhard-Gran M. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire: a factor analytic study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2011;32(3):169–3.
- [17] Sitras V, Ilench JS, Eberhard-Gran M. Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study. *PLoS One* 2017;12(10):1–10.
- [18] Preis H, Bergamini Y, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1):1–9.
- [19] Mortazavi F, Agah J. Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Osan Med J* 2018;33(6):497–505.
- [20] Azimi M, Fahami F, Mahamadzizi S. The relationship between perceived social support in the first pregnancy and fear of childbirth. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016;23(3):235–9.
- [21] Mortazavi F. Validity and reliability of the Farsi version of Wijma delivery expectancy questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electron Phys* 2017;9(6):4606–15.
- [22] Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Marques A, Pais A. Experience and satisfaction with childbirth questionnaire. *Psicol Saude Doenças* 2004;5(2):159–87.
- [23] Prata AP, Neves AJ, Santos C, Santos MR. Translation, adaptation and validation of the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) for the language and Portuguese culture. *Rev Port Enferm Saude Ment* 2016;15:9–16.
- [24] Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Labor: expectations, experiences, pain and satisfaction. *Psicol saude doencas* 2003;4(1):47–67.
- [25] Pedreira M, Leal I. Third trimester of pregnancy: expectations and emotions concerning the childbirth. *Psicol Saude Doenças* 2015;19(2):254–66.
- [26] Pallant JF, Haines HM, Green P, et al. Assessment of the dimensionality of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire using factor analysis and Rasch analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16(1):1–11.
- [27] Haines HM, Pallant JF, Feowick J, et al. Identifying women who are afraid of giving birth: a comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sex Reprod Healthc* 2015;6(4):294–10.
- [28] Oshamug F. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: comparison of two resident populations. *North Clin Istanbul* 2017;4(1):247–56.
- [29] Korukcu O, Bulut O, Kukulcu K. Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care Women Int* 2016;37(5):550–67.
- [30] Çaykırıcı Potur D, Mamik R, Şahin NH, Demirci N, et al. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *Int Nurs Rev* 2017;64(4):576–87.
- [31] Sinclair M, O'Boyle C. The childbirth self-efficacy inventory: a replication study. *J Adv Nurs* 1999;30(5):1416–23.
- [32] Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Vaters M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(1):24–34.
- [33] Stevens NR, Hamilton NA, Wallston KA. Validation of the multidimensional health locus of control scales for labor and delivery. *Res Nurs Health* 2011;34(4):282–96.
- [34] Navarro-Aresti L, Izargi I, Briarte I, Martínez-Panpaleja A. Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): adaptation to Spanish and proposal for a brief version of 12 items. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(1):95–103.
- [35] Korukcu O, Kukulcu K, Firat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012;19(3):193–202.
- [36] Ocuto AG, Brissário CRL, Yavarez BB. Puerperal women's satisfaction with their delivery. *Investig y Educ en Enfermería* 2012;30(2):208–14.
- [37] Tanglakumkhang K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. *J Adv Nurs* 2011;67(1):193–203.
- [38] Molgora S, Fenaroli V, Prino IE, et al. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth* 2016;31(2):117–23.
- [39] Ip WY, Chung TK, Tang CS. The Chinese Childbirth self-efficacy inventory: the development of a short form. *J Clin Nurs* 2006;17(3):333–40.
- [40] Bhut H, Pandya S, Kolar G, Nirmalan PK. The impact of labour epidural analgesia on the childbirth expectation and experience at a tertiary care center in southern India. *J Clin Diagn Res* 2014;8(3):73–6.
- [41] Takegata M, Haruna M, Maruzaki M, et al. Translation and validation of the Japanese version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version A. *Nurt Heal Sci* 2013;15(3):326–32.
- [42] Kiwepeya M, Lee GT, Chen S, Kuo S. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1):1–10.
- [43] Rao B-C, Gau M-L, Wu S-F, Kuo B-J, Lee T-Y. A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *J Nurs Res* 2004;12(3):191–202.
- [44] Tastes NA, Seidi EMF. Expectant mother's expectations for birth and their perceptions of delivery and birth preparation. *Temas em Psicol* 2016;24(2):681–93.
- [45] Nivér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):1–19.

ANEXO C – Artigo 4

Letters to the Editors

ajog.org

REPLY



We thank Dr Singh Mahla for his interest in our study.¹ Part of our motivation to publish these data was to address the misconception that intrauterine devices (IUDs) should be used only for contraception and are linked directly to sexual activity, including the assumption that only sexually active women are able to tolerate an invasive pelvic exam.

As reviewed in the background of our study, hormonal IUDs have many noncontraceptive benefits.¹ This treatment option should not be withheld from adolescents suffering from dysmenorrhea, chronic pelvic pain, and heavy menstrual bleeding because of the lack of sexual activity. By offering different treatments to adolescents based on sexual activity status, we are discriminating against girls who are not sexually active.

We would like to clarify that levonorgestrel-containing IUDs were the primary IUDs placed in our study, and the background thus focused on the noncontraceptive benefits of hormonal IUDs.¹ The copper (Cu T 380a) IUD was placed in very few ($n = 3$) sexually active participants in our study.¹ In the retrospective cohort study from Bangladesh quoted by the author, only copper IUDs were studied, which we believe is not applicable to our study.² The mechanism of action significantly differs between these devices.

To the author's second point, the purpose of our study was not to address protection against sexually transmitted diseases. The author asserts that hormonal IUDs accelerate HIV infection, but this is not consistent with our review of the literature, including a recent systematic review.³ In women using the hormonal IUD for noncontraceptive benefits, the risk of sexually transmitted infections is irrelevant because abstinence prevents these infections.

The author's statement that IUDs cause psychological and physiological harm is unfounded, and he does not provide a

reference for this claim. Our study does not argue that the IUD is the best treatment method for every patient. It does, however, illustrate that IUD insertion is tolerated well in the majority of never sexually active patients.¹ We maintain that physicians should advocate for their patients to receive the best treatment for contraception and menstrual disorders and that lack of sexual activity should not preclude adolescents from being offered this effective option. ■

Chelsea A. Kebodeaux, MD
Nemours/A. I. duPont Hospital for Children
Wilmington, DE
Department of Obstetrics and Gynecology
Christiana Care Health System
4735 Ogletown-Stanton Road, Suite 1905
Newark, DE 19718
chelsea.a.kebodeaux@christianacare.org
chelsea.kebodeaux@gmail.com

Beth I. Schwartz, MD
Nemours/A. I. duPont Hospital for Children
Wilmington, DE
Division of Adolescent Medicine and Pediatric Gynecology
Departments of Pediatrics and Obstetrics and Gynecology
Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University
Philadelphia, PA

The authors report no conflict of interest.

REFERENCES

1. Kebodeaux CA, Schwartz BI. Experience with intrauterine device insertion in never sexually active adolescents: a retrospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:600.e1–7.
2. Bradley JE, Alam ME, Shebriam F, Beattie TS. Blood, men and tears: keeping IUDs in place in Bangladesh. *Cult Health Sex* 2009;11:543–58.
3. Polis CB, Curtis KM, Hannafor PC, et al. An updated systematic review of epidemiological evidence on hormonal contraceptive methods and HIV acquisition in women. *AIDS* 2016;30:2665–83.

© 2019 Elsevier Inc. All rights reserved. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.003>

An instrument which addresses the expectations of pregnant women over childbirth



TO THE EDITORS: Recently an article entitled “Childbirth-specific patient-reported outcomes as predictors of hospital satisfaction” was published in this Journal.¹ The study concluded that practices that precede childbirth and postpartum can enhance the childbirth experience as well as the pregnant mother's and family's satisfaction. The study states that in the hospital setting, it is necessary to develop strategies to improve childbirth experience.

Hence, we consider it appropriate to add that it is fundamental to know and assess the pregnant woman's

expectations about what they expect from it because these often determine the type of delivery they choose, influencing directly in the postpartum satisfaction. Likewise, it is fundamental that health professionals provide guidance about the possibilities of situations and necessary procedures at the delivery moment, according to the yearnings reported by the woman.

It is known that when the lived experience differs from the imagined moment, the probability of dissatisfaction increases.² Thus, the selection of an instrument that addresses

adequately the expectations of the pregnant woman may be one of these strategies cited by the authors.

This is not a simple task. A systematic review that analyzed the validated instruments that measure the women's childbirth experiences verified great heterogeneity of content and quality of the instruments and did not include studies that assessed the expectations of the pregnant women.³ Although some tools have already been developed with this purpose, such as the Delivery Experience And Expectancy Questionnaire (known by the Portuguese acronym) from Portugal, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire from Sweden, and the Salmon Questionnaire from Spain, such instruments were not validated for the reality of several countries, and, up to this moment, there is no consensus for the investigation of these phenomena.

The humanization of the practices of childbirth care is still a great challenge.⁴ Thereby, health professionals responsible for obstetric care, upon being aware of the expectations of the women, may think of new strategies to care for pregnant women to improve the care for the mother-baby binomial and therefore the satisfaction of the women. An instrument that measures the expectation of the pregnant women may be a tool that reduces the number of unnecessary cesarean deliveries and that aid in the adequate delivery; after all, each woman is different and bears different expectations, and thereby each delivery is also different.

Gabriela M. Marques, MD, BSc
Diego Z. Nascimento, MD, BSc
Betine P. M. Iser, MD, PhD
Postgraduate Program in Health Sciences
University of Southern Santa Catarina at Tubarão
Av. José Acácio Moreira Santa Catarina
787 - Dehon
Tubarão SC, Brazil 88704-900
gabii_moreno@hotmail.com
The authors report no conflict of interest.

REFERENCES

1. Gregory KD, Korst LM, Saab S, McCulloch J, Greene N, Fink A, Fridman M. Childbirth-specific patient-reported outcomes as predictors of hospital satisfaction. *Am J Obstet Gynecol* 2019;220:201.e1-19.
2. Ledford CJW, Carzons MFL, Womack JJ, Hodges JA. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: a qualitative study. *Fam Med* 2016;48:523-31.
3. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childb* 2017;17:1-19.
4. Pereira RM, Fonseca GDO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. New childbirth practices and challenges for the humanization of assistance in southern and southeastern Brazil. *Cien Saude Colet* 2018;25:3517-24.

© 2019 Elsevier Inc. All rights reserved. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.005>

Twin-twin transfusion syndrome: need for mechanistic studies



TO THE EDITORS: We commend the systematic review and meta-analysis of Mackie et al¹ in which they assessed the ability of first-trimester pregnancy-related factors to predict complications in monochorionic (MC) pregnancies. Among the factors assessed were ultrasound measurements, maternal characteristics, and biomarkers, whereas the outcomes were primarily consequences of twin-twin transfusion syndrome (TTTS), including discrepancy in amniotic fluid volumes, growth discordance, and intrauterine fetal demise. Not surprisingly, the authors found that "it is not currently possible to predict adverse outcomes in MC twin pregnancies."

The primary pathophysiology of MC adverse outcomes is vascular anastomoses, which result in transfusion of blood from donor to recipient, and subsequent nutrient, hematologic, and fluid dynamic alterations. Nearly all MC pregnancies have vascular anastomoses, with an average of 5-7 superficial (artery-artery, vein-vein) or deep (artery-vein/vein-artery) anastomoses, with artery-artery and vein-vein providing a protective effect from TTTS.

As the fetus grows, the linear growth of vessel diameters combined with increased cardiac output results in an approximate fourth-power increase in the net transfusion.² Thus, relatively compensated anastomoses in early

pregnancy may rapidly become imbalanced, resulting in the sudden appearance of TTTS findings.³ Additional effects of placental resistance, arterial pressure, amniotic fluid volume and pressure, blood viscosity, and unequal placental sharing may markedly alter both fluid and growth alterations.³

Accordingly, it is most important that future studies explore the detection, type, and quantification of anastomotic flow and placental sharing as well as pregnancy characteristics that may predict the likelihood of these anastomoses.⁴ It is only with a more mechanistic hypothesis-based study that one may develop truly prognostic approaches.

Michael G. Ross, MD, MPH
Los Angeles Biomedical Research Institute at
Harbor-UCLA Medical Center
Geffen School of Medicine
University of California, Los Angeles
10833 Le Conte Avenue
Los Angeles, CA 90095
mikeross@ucla.edu

Martin van Genert, PhD
Department of Biomedical Engineering and Physics
Academic Medical Center

ANEXO D – Artigo 5

DOI: 10.1590/1413-81232018242.52952018

671

CARTAS LETTERS

Estratégias de melhoria na atenção ao parto no Brasil

Strategies for improving care in childbirth in Brazil

Gabriela Moreno Marques¹Daniela Dagostini Marin¹Diego Zapelini Nascimento¹Betine Moehlecke Iser¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

O estudo de Pereira et al.¹ apresenta um panorama da atenção ao parto nas maternidades das regiões Sul e Sudeste do país. Esta é uma discussão relevante, considerando as estratégias recentes de aprimoramento da assistência à saúde mãe-bebê estruturadas no país. Nesse sentido, consideramos importante acrescentar a informação de que o Ministério da Saúde (MS) do Brasil vem apoiando estratégias como o “Projeto Parto Adequado” em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement*, o qual tem por objetivo identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação. O projeto foi implementado em 2017 em 35 hospitais, sendo 27 nas regiões Sul e Sudeste, e atualmente conta com aproximadamente 152 hospitais participantes². Além disso, pode-se citar o Projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetria e Neonatologia) que é uma estratégia de indução e articulação de ações para promover a qualificação de serviços, com foco em hospitais com atividades de ensino, tornando-os referência nas melhores práticas de atenção e cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento, do qual participam 96 instituições de saúde, sendo 44 nas regiões Sul e Sudeste³.

As expectativas das mulheres em relação ao parto também foram brevemente descritas. Quando as expectativas da gestante são compreendidas, aumenta a probabilidade de a primigesta possuir

uma experiência positiva do parto realizado. Esta satisfação do processo de parto é fundamental para que a mulher possa se sentir acolhida, importante e participativa no processo de tornar-se mãe⁴. Para os profissionais de saúde, as motivações da paciente podem ajudar a avaliar como está funcionando a equipe e os pontos que podem dar mais atenção⁵. Assim, conhecer as expectativas e as motivações individuais das gestantes acerca do parto a ser realizado possibilita aos prestadores de serviços criar alternativas que desmistifiquem e informem adequadamente sobre o nascimento e o tipo de parto mais indicado a cada gestante, entendendo que cada mulher é diferente, possui expectativas diferentes, portanto cada parto também é diferente⁶.

O monitoramento da implantação desses projetos nas maternidades no Brasil traz a oportunidade de analisar dados inéditos e atuais sobre o cuidado à gestante e a forma de assistência ao nascimento e de estruturar novas práticas de cuidados, informação e humanização na prestação de serviços obstétricos.

Referências

1. Pereira RM, Fomeca GDO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2018;23(11):3517-3524.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Projeto Parto Adequado* [Internet]. [cited 2018 May 31]. Available from: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>
3. Brasil. Ministério de Saúde (MS). *Apice On Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetria e Neonatologia*. [cited 2018 Jul 2]. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>
4. Ledford CJW, Canzona MR, Womack JJ, Hodge JA. Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal: A qualitative study. *Fam Med* 2016; 48(7):523-531.
5. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm* 2015; 36(n. esp):119-126.
6. Ayres LFA, Henriques BD, Amorim WM. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. *Cien Saude Colet* 2018; 23(11):3525-3534.

ANEXO E – Artigo 6

DOI: 10.1590/1980-549720190066

CARTA AO EDITOR / LETTER TO THE EDITOR

Intervenções direcionadas à redução da taxa de cesarianas no Brasil

*Targeted interventions to reduce the rates of cesarean section births in Brazil*Daniela Ferreira D'Agostini Marin¹ , Diego Zapelini do Nascimento¹ ,
Gabriela Moreno Marques¹ , Betine Pinto Moehlecke Iser¹ 

Aos editores,

Lemos com grande interesse o artigo de Mascarello et al.¹ e colaboradores recentemente publicado por esta revista. O estudo contribui para o debate sobre a assistência à saúde das gestantes avaliando as complicações maternas precoces e tardias relacionadas à via de parto. O principal desafio está relacionado às cesarianas, um recurso importante para a redução da mortalidade materna e neonatal, mas que, quando usado de maneira excessiva, pode estar associado a um risco aumentado de resultados maternos desfavoráveis. Os motivos relacionados ao aumento considerável nas taxas de cesarianas verificado nos últimos anos no mundo e no Brasil² são inúmeros e complexos, podendo-se citar a inadequada organização da rede de atenção à saúde, a falta de qualidade na atenção à saúde relacionada ao parto e fatores socio-culturais³. Dessa forma, desejamos colaborar com o estudo, demonstrando algumas informações pertinentes às intervenções direcionadas à saúde e ao cuidado com as gestantes no Brasil. Atualmente, estão em andamento programas desenvolvidos por órgãos nacionais, como o programa Rede Cegonha, que envolve hospitais que atendem usuárias do serviço público, com o objetivo de garantir acesso, acolhimento e qualidade na atenção ao parto e ao nascimento⁴. Com o intuito de diminuir as taxas de cesarianas, especialmente aquelas sem indicação médica, foram criados programas como o "Projeto Parto Adequado", no âmbito da saúde suplementar; o "Projeto Parto Cuidadoso", por meio do monitoramento *on-line* da quantidade de cesarianas nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵; e o "Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia" (Apice On), que tem por objetivo a qualificação do ensino e o exercício da obstetrícia e da neonatologia baseada em evidências científicas⁶. Para o desenvolvimento desses projetos, é necessária a adesão do trabalho multidisciplinar em diversas práticas, como nas orientações fornecidas às gestantes

¹Universidade do Sul de Santa Catarina – Tubarão (SC), Brasil.

Autor correspondente: Daniela Ferreira D'Agostini Marin, Universidade do Sul de Santa Catarina, Avenida José Acácio Moreira, 787, Dehon, CEP: 88704-900, Tubarão, SC, Brasil. E-mail: danieladagostini@idoud.com

Conflito de interesses: nada a declarar – Fonte de financiamento: nenhuma

referentes ao período gravídico-puerperal. Entretanto, essas intervenções não devem ser contempladas apenas com intervenções clínicas, mas associadas à compreensão das crenças das gestantes, das expectativas quanto ao parto, do medo de sentir dor e da qualidade dos cuidados. Como o próprio estudo aborda, para a escolha da via de parto, a gestante deve estar ciente dos riscos à sua saúde e à do seu bebê, além de considerar os benefícios e os danos de ordem psicológica, especialmente quando o tipo de parto realizado é diferente do desejado. Dessa forma, as diferentes abordagens devem incluir educação pré-natal, presença de enfermeiras obstétricas em maternidades, integração entre os profissionais de saúde e implementação de diretrizes baseadas em evidências para treinamento adequado dos profissionais envolvidos no atendimento do binômio mãe-feto¹. Além disso, em 2014, a Organização Mundial da Saúde propôs a utilização da "Classificação de Robson" como o instrumento padrão mundial para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesarianas realizadas nos hospitais, sendo este um instrumento considerado útil, de baixo custo e facilmente interpretável, além de possibilitar a transparência e melhorar a qualidade na prestação de cuidados de saúde materno-fetal¹².

REFERÊNCIAS

1. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos I da S dos, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2018;21: e180010. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180010>
2. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet* 2018; 392(10155): 1341-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
3. Occhi GM, de Lamare Franco Netto T, Neri MA, Rodrigues EAB, de Lourdes Vieira Fernandes A. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. *Lancet* 2018; 392(10155): 1290-1. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32407-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32407-3)
4. Leal M do C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(5): e00063818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063818>
5. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Moháddin A, Optoy N, Torloni MR, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet* 2018; 392(10155): 1358-68. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Hum Reprod Program* 2015; 1-8.
7. Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, Flood K, Friedman AM, D'Alton MED. Cesarean Delivery in the United States 2005-2014: A Population-Based Analysis Using the Robson Ten Group Classification System. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219(1): 105.e1-105.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jag.2018.04.012>

Recebido em: 14/03/2019

Revisado em: 14/03/2019

Aceito em: 02/04/2019

Contribuição dos autores: Daniela D'Agostini Marin escreveu a primeira versão do manuscrito (com base em sua área de formação: ginecologia e obstetrícia) e aprovou a carta final. Diego Zapelini do Nascimento escreveu a primeira versão do manuscrito realizando uma revisão de literatura sobre a redução das taxas de cesarianas e aprovou a carta final. Gabriela Monini Marques contribuiu para a segunda versão do manuscrito considerando referências recentes na literatura da carta e aprovou a carta final. Betina Pinto Mochizuki fez revisão a carta, contribuiu e aprovou a versão final. Os autores ainda afirmam que: A carta descrita não foi publicada anteriormente, não está sob consideração para publicação em outro lugar, sua informação é aprovada por todos os autores, se aceita, não será publicada em outro lugar da mesma forma, em inglês ou em qualquer outro idioma, inclusive eletronicamente, sem o consentimento por escrito do detentor dos direitos autorais.



ANEXO F – Normas para publicação no American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG)

02/02/2020 Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

AJOG American Journal of Obstetrics & Gynecology

Log in | Register | Check Subscription | Subscribe

Articles & Issues Collections For Authors Journal Info Subscribe SMFM Documents Society Info Multimedia

All Content Search Advanced Search Share this page

Author Information

Article Types BEFORE YOU BEGIN Editorial Policies Ethics of the editorial process Human and nonhuman experimentation Title and research subtitles Conflict of interest statement Submission declaration Use of inclusive language Author contributions Named authors and contributors Copyright Open access Submission Manuscript Submission Checklist	Statement of Authorship Supported reviewers PREPARATION Editing services Use of word processing software Basic Format Use of Statistics and Math Formulas Abbreviations, units, proprietary brand names, and symbols Article structure Essential title page information Abstract page, including key words/keywords Highlights Acknowledgment(s) References Tables	Figures Videos and computer graphics Illustration services Abstracts Data visualization Research data AFTER ACCEPTANCE Copyright statement Proofs Offprints and Reprints Use of the Digital Object Identifier Funding body agreements and policies Subscription Disclaimer AUTHOR INQUIRIES
--	--	---

Article Types

- Every submission must include a title page with a disclosure statement and a signed statement of authorship form. This requirement applies to ALL article types listed in the following section, including letters, replies, etc.
- The editors encourage the supplementary use of multimedia components such as PowerPoint, additional images, or video clips. Color figures and images are free.

Original Research

Systematic review and meta-analysis studies: please refer to Systematic Reviews

Translational Research: please refer to Translational Research

Original research manuscripts are limited to 3000 words of main text, must include all items listed under 'Article structure,' including a Title Page, Condensation, Short Title, AJOG at a Glance, and Keywords, and organized as follows:

Title page - (starting on page 1) - Title (as concise as possible, approximately 12 words, without abbreviations or parenthetical abbreviations for terms used in the title, and suitable for indexing purposes) Proprietary (brand names) and conclusion statements are NOT permitted in the manuscript title. A title page is required for ALL article types, see 'Essential title page information' of this document for details

Include the following in sequence:

Condensation, Short Title, AJOG at a Glance, and Keywords

On the next page supply:

- Condensation - a 1-sentence condensation of the paper, consisting of no more than 25 words, stating its essential point(s); this sentence, which is subject to copy editing in conformance with Journal style, will appear in the Table of Contents.
- Short Title: a short version of the article title, for the identification line inserted at the bottom of each published table and figure.
- AJOG at a Glance: This section is limited to no more than 130 words, 1-3 short sentences or phrases in bullet form, briefly describing your study, its significance, and its contribution to the literature. Include the questions followed by your responses, and listed in bullet form with A, B, and C, headings (not in paragraph form). All responses are subject to minor editorial alterations and/or shortened without the authors' approval, and published on the Journal website.

A. Why was the study conducted?

B. What are the key findings?

C. What does this study add to what is already known?

- Keywords** - Keywords are a pertinent component in making articles more visible and accessible to potential readers and assist in the dissemination of your research. Provide as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing purposes. Approximately 10 terms are recommended, but do not duplicate terms or phrases utilized in the manuscript title as they are automatically included.

On the next page supply:

Structured Abstract - up to 500 words (250-word minimum) with the following required headings:

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

1. **Background:** an explanation of the basis for the study.
2. **Objective(s):** the purpose of the study (hypothesis being tested)
3. **Study Design:** the setting for the study, subjects (number and type), treatment or intervention, and type(s) of statistical analysis used
4. **Results:** the outcome(s) of the study and, if appropriate, their statistical significance
5. **Conclusion(s):** overall significance of the results

The abstract should provide sufficient detail for the editors, reviewers, and readers to clearly understand the main message of your paper. Abstracts are freely available on search engines such as Scopus, PubMed, etc., and is a key component in assessing the quality of an article.

The type(s) of non-human animals or other species used in an investigation must be named in the abstract. If percentages are used, include the numerator/denominator in parenthesis. P-values should be included for claims of statistical significance. Abbreviations and references are NOT permitted in the abstract (structured nor unstructured).

Main Text - must be organized into sections and with the following headings included.

- The use of abbreviations should be avoided whenever possible throughout the paper for the ease of reading.
 - The type(s) of non-human animals or other species used in an investigation must be named in the Title, Abstract, and Materials and Methods sections of the manuscript.
 - The editors require that manuscripts be organized into sections with headings as described under the Article types section of this document.
 - Continuous line numbers (1st through last page) must appear on manuscripts upon submission.
- Introduction:** State concisely the study's purpose and rationale. Present only the background, supported by a limited number of pertinent references necessary for the reader to understand why the study was conducted. Do not include study data or conclusions. **Materials and Methods:** Describe briefly, but in sufficient detail to permit others to replicate the study, its plan, patients, experimental animals or other species, materials, and controls, methods and procedures, and statistical method(s) employed. Institutional Review Board (IRB) issues are to be addressed here as stated under "Human and nonhuman experimentation" in the Editorial Policies section above. If the study was exempt from IRB approval, provide an explanation in this section. **Results:** This section includes detailed findings and must cite, in numerical order, all tables and/or figures, which should supplement, not reiterate, the text. Emphasize only the most important observations. Reserve any comparisons with others' observations for the Comment section (see below). **Structured Discussion/Comment:** Do not repeat the details of data presented under Results or present any new data here. Required headings include: 1. **Principal Findings** - a brief statement of the principal findings, limiting claims to those strictly supported by the data, avoiding speculation and overgeneralization. Give equal emphasis to positive and negative findings of equal scientific merit. 2. **Results** - in the context of what is known. 3. **Clinical Implications** - the meaning of the study, eg, hypothesized mechanisms that might explain the outcomes observed and/or the implications for clinicians or policy makers. Indicate whether additional research is required before the information can be confidently used in clinical settings. 4. **Research Implications** - Unanswered questions; proposals for future research. 5. **Strengths and Limitations** - Strengths and weaknesses of the study, both intrinsically and in relation to other studies, particularly any differences in results. 6. **Conclusions**

Additional subheadings - may be included by the authors if appropriate and will facilitate reading. Examples of a structured discussion can be found in the following papers: 1) Vaginal progesterone is as effective as cervical cerclage to prevent preterm birth in women with a singleton gestation, previous spontaneous preterm birth, and a short cervix: updated indirect comparison meta-analysis. Conde-Agudelo A, Romero R, De Fonseca E, O'Brien JM, Geringer E, Creasy GW, Hassan SS, Erez O, Pacera P, Ricaldeides KH. Am J Obstet Gynecol. 2018 Apr 1; pii: S0002-9378(18)30243-6. doi: 10.1016/j.ajog.2018.03.028. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30243-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30243-6/fulltext) 2) Are amniotic fluid neutrophils in women with intraamniotic infection and/or inflammation of fetal or maternal origin? Gomez-Lopez N, Romero R, Xu Y, Lang Y, Garcia-Flores V, Miller D, Jacques SM, Hassan SS, Faro J, Alsaman A, Altousseri A, Gomez-Roberts H, Parakecu B, Yeo L, Maymon E. Am J Obstet Gynecol. 2017 Dec;217(6):693.e1-693.e16. doi: 10.1016/j.ajog.2017.09.013. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)31128-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)31128-6/fulltext) 3) Is middle cerebral artery Doppler related to neonatal and 2-year infant outcome in early fetal growth restriction? Stampalija T, Azab B, Wolf H, Blando CM, Lees C, TRUFFLE investigators. Am J Obstet Gynecol. 2017 May;216(5):521.e1-521.e13. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.001. Epub 2017 Jan 10. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30001-7/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30001-7/fulltext) 4) GlucoStabilizer software-guided insulin dosing improves intrapartum glycemic management in women with diabetes. Dingles C, Muscat J, Adams T, Peragallo-Gitko V, Ventilella A, Heo HJ. Am J Obstet Gynecol. 2018 May 8; pii: S0002-9378(18)30395-8. doi: 10.1016/j.ajog.2018.05.003. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(18\)30395-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(18)30395-8/fulltext) Each original research article is published in 2 formats: 1) in the printed journal, in an abbreviated form, that includes the abstract and 1 figure or table, and 2) in full on the Journal website (ajog.org), where the abstract also appears. The full-length article is the official version and is linked to search engines. (Note: Expert Reviews, Systematic Reviews, Clinical Opinion, Call to Action, Viewpoint, and Point/Counterpoint are published in full in both the print and online versions.) The full-length article becomes available online for citation before the print issue containing the abstract and accompanying material. Impact Factors and other citation indices are based on the full-length online article. **Translational Science** Translational science is typically presented in the form of an original research manuscript; however, the only type of non-clinical research considered must be translational in nature and contain biological implications for obstetrics and gynecology. Basic science without direct clinical relevance will not be considered; please see Editorial Policies for examples.

Reviews

Expert Reviews

These invited articles provide concise reviews on a topic in which the author has expertise. The manuscript should be comprehensive and balanced, but not exhaustive. Expert Reviews must be evidence based but may include some expert opinion and recommendations. The goal is to provide a concise update on the state of the art and guidelines for clinical care.

Expert Reviews are limited to 3500 words of main text (not counting the title page, abstract, condensation, acknowledgments, references, tables, legends, and figures). An unstructured abstract (1 paragraph, no categories) of no more than 350 words and as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing must be provided.

Subheadings to separate and identify sections of text should be unique to the topic; the 4 prescribed subheadings required for research articles do not apply. To prevent such subheadings from occupying many lines on a page, they should be as short as possible, not exceeding approximately 5 words, and preferably 1 to 4 words.

The full-length article appears both in print and on the Journal website.

Systematic Reviews

Each article in this category provides a comprehensive and exhaustive systematic review of the literature related to the topic, collating all relevant evidence meeting pre-specified eligibility criteria. Systematic reviews may not be combined with other manuscript types.

Systematic reviews must include a clearly stated set of objectives with reproducible methodology, a systematic search, eligibility criteria for selecting studies, assessment of study quality (risk of bias), an assessment of the validity of the findings and systematic synthesis of these findings. Metaanalysis, the use of statistical techniques to combine and summarize results across studies, may or may not be contained within a systematic review.

Authors must adhere to the PRISMA and MOOSE guidelines (for guidance see Editorial Policies).

Systematic Reviews are limited to 5000 words of main text (not counting the title page, abstract, condensation, acknowledgments, references, tables, legends, and figures). Include a structured abstract containing no more than 350 words and as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing.

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

Title: The title should identify the report as systematic review or metaanalysis.

The type(s) of non-human animals or other species used in an investigation must be named in the Title, Abstract, and Materials and Methods sections of the manuscript.

On the next page supply:

Condensation, Short Title, AJOG at a Glance, and Keywords

- **Condensation** - a 1-sentence condensation of the paper, consisting of no more than 25 words, stating its essential point(s); this sentence, which is subject to copy editing in conformance with Journal style, will appear in the Table of Contents.
- **Short Title:** a short version of the article title, for the identification line inserted at the bottom of each published table and figure.
- **AJOG at a Glance:** This section is limited to no more than 130 words, 1-3 short sentences or phrases in bullet form, briefly describing your study, its significance, and its contribution to the literature. Include the questions followed by your responses, and listed in bullet form with A, B, and C, headings (not in paragraph form). All responses are subject to minor editorial alterations and/or shortened without the authors' approval, and published on the Journal website.

A. Why was this study conducted?

B. What are the key findings?

C. What does this study add to what is already known?

- **Keywords** - Keywords are a pertinent component in making articles more visible and accessible to potential readers and assist in the dissemination of your research. Provide as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing purposes. Approximately 10 terms are recommended, but do not duplicate terms or phrases utilized in the manuscript title as they are automatically included.

On the next page supply:

Abstract: Include a structured abstract containing no more than 350 words in accordance with PRISMA guidelines, and with the following headings:

- Objective
- Data sources (including years searched)
- Study eligibility criteria (study design, populations, and interventions [if applicable])
- Study appraisal and synthesis methods
- Results
- Conclusions

Main text: Headings and subheadings in the main text should include the following; note that subheadings may be modified to best represent the specific report.

- Introduction (rationale, explain impetus for Review)
- Objective(s)
- Methods
 - Eligibility criteria, information sources, search strategy
 - Study selection
 - Data extraction
 - Assessment of risk of bias
 - Data synthesis
- Results
 - Study selection
 - Study characteristics
 - Risk of bias of included studies
 - Synthesis of results
- Comment
 - Main findings
 - Strengths and limitations
 - Comparison with existing literature
 - Conclusions and Implications

Clinical Opinion

A Clinical Opinion paper presents a balanced, evidence-based discussion of a clinical issue pertinent to obstetricians and gynecologists. The paper may address an emerging or controversial topic or bring attention to a topic of increasing clinical significance. Opinions rendered must be based on an interpretation of available evidence.

Not appropriate for this category: 1) a review of an extensively researched subject. Submit as a Systematic Review. 2) an essay about issues for which minimal data exist, such as certain clinical, ethical, educational, practice, and research issues. Submit as a Viewpoint paper.

A Clinical Opinion paper is limited to 3000 words of main text (not counting the title page, abstract, condensation, acknowledgments, references, tables, legends, and figures). An unstructured abstract (1 paragraph; no headings) of no more than 350 words and as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing must be provided.

Subheadings to separate and identify sections of the text should be unique to the topic; the 4 prescribed categories required for research articles do not apply. To prevent such subheadings from occupying many lines on a page, they should be as short as possible, not exceeding approximately 6 words and preferably 1 to 4 words.

The full-length article appears both in print and on the Journal website.

Special Report

A Special Report is released by a consensus committee, working group, task force, or similar group, or summarizes the findings of an important meeting. (Please note this is not a venue for case reports; the Journal does not publish case reports.)

Include a condensation, an unstructured abstract (1 paragraph; no subheadings) of no more than 350 words, and as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing.

Subheadings to separate and identify sections of the text should be unique to the topic; the 4 prescribed categories required for research articles do not apply. To prevent such subheadings from occupying too many lines on a page, they should be as short as possible, not exceeding approximately 6 words and preferably 1 to 4 words.

The full-length article appears both in print and on the Journal website.

Viewpoint

Viewpoint articles are well-founded, scholarly pieces that address a scientific, ethical, academic, or practice-related topic in women's health. The article should be balanced and based on a critical analysis of the literature. Viewpoint articles are intended to stimulate discussion.

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

Viewpoint articles are limited to 1500 words of main text (not counting the title page, condensation, abstract, acknowledgments, references, tables, legends, and figures).

Include a condensation, an unstructured abstract (1 paragraph, no subheadings) of no more than 350 words, and as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing.

The full-length article appears both in print and on the Journal website.

Call to Action

Call to Action is a topical piece highlighting a problem related to a clinical, research, social, ethical, political, or economic issue pertinent to obstetricians and gynecologists and a suggested solution to that problem. Accordingly, the author must include a suggested corrective action; describing the problem alone is not sufficient.

Call to Action articles are limited to 2000 words of text (not counting the title page, condensation, abstract, acknowledgments, references, tables, legends, and figures).

Include a condensation, an unstructured abstract (1 paragraph, no subheadings) of no more than 350 words, and as many alphabetized key words or short phrases as needed for indexing. The main text must include: 1) "The Problem," a one-sentence statement of the problem being presented; 2) "A Solution," a one-sentence summary of the proposed solution; and 3) the presentation.

The full-length article appears both in print and on the Journal website.

Case Report

The Journal no longer publishes Case Reports. Submissions of this sort will NOT be considered.

Editorials

Editorials are written or solicited by the editors. Spontaneous submissions are not considered for publication.

Images in Obstetrics: Images in Gynecology

IMAGES presents the opportunity to share an interesting, high-quality image related to obstetrics and gynecology and women's health. Priority will be given to those images of particular interest and quality, and those that provide the reader with key learning points to aid their practices. Up to 5 images may be included that exemplify the condition or case. One will be chosen for the print publication, and all will be published in full in the official on-line publication. Both Journal versions will include a legend, not to exceed 150 words. No condensation or abstract will be published. Supplementary material may include video. (IMAGES should include: 1) A title 2) No more than 3 authors 3) Refer to AJOG website for guidelines on submission of figures, to ensure high resolution and quality. 4) Figures should be appropriately labeled with arrows identifying structures 5) Any information that might identify the patient in the figure must be removed (including acquisition date). 6) If the patient is potentially identifiable from the image, authors must have obtained written permission from the patient. The author is responsible for filing this in a secure location. The scope of the consent should allow the author to explicitly disclose the information to Elsevier and for Elsevier to republish the information in print and electronic format including journal web and social media sites. Authors must attest to having obtained written consent upon submission of the Images piece and must be prepared to provide this documentation upon the editors' request. 7) A legend up to 150 words that summarizes succinctly, as appropriate, the clinical information including presentation, evaluation (including surgical findings), treatment, and follow-up status. The legend should explain all labeled structures. 8) No references are permitted. 9) If a video is included, please submit a high-resolution still image. Submissions will be reviewed by a team of Editors and their decision to accept or reject will be final.

Surgeon's Corner

This content provides high-quality instruction or an application of a procedure or part of a procedure, designed to aid the practicing obstetrician or gynecologist in improving care. Surgeon's Corner is published in full online, the abstract, manuscript, and a photo or graphic are published in the print Journal.

The manuscript must include all of the following:

1. Condensation: a 1-sentence condensation of the paper, consisting of no more than 25 words, to be placed in the Table of Contents.
2. An unstructured abstract of no more than 300 words that summarizes the clinical situation and surgical solution, explains the figure used in the print edition (see item 4), and refers to the video.
3. A description of the clinical situation or problem (under the heading: "Problem") followed by your surgical solution (under the heading: "Our solution"), in 500 words or less (not counting the title page, acknowledgement, references, tables, legends, and figures). Lists and bullet points may be used as appropriate. The text should refer to the figures/photos and video (see items 4 and 5).
4. At least one high-quality photograph (300+ dpi, not taken from a website or cell phone), graphic, or figure, to be published in the print edition; this, plus up to 5 additional photos/figures may be included for the online version.
5. A video clip or computer graphic not longer than 5 minutes, or a maximum of 50MBs or less per clip, to be published in the online version.
6. Figure and video legends.
7. 7 or fewer references.

Letters to the Editors, Replies and Research Letters

Every Letter to the Editors, Reply, and Research Letter must include a title page, conflict of interest disclosure, and a Statement of Authorship signed by all authors. These submissions are subject to minor editorial alterations, may be shortened without the authors' approval, and published both in print and on the Journal website.

Please see Clinical Opinion as a venue for presenting a scholarly, evidence-based point of view about controversial issues in OB/GYN.

Letters to the Editor and Replies

Selected Letters to the Editors that cite at least 1 article published in the American Journal of Obstetrics & Gynecology within the previous 12 issues are considered for publication.

Letters to the Editors are limited to 3 authors, 400 words (not counting the title page or references), and 1 to 4 references. At least one of the references must cite the related Journal article(s). All data presented must be fully citable and cited in the supporting reference list.

The editors routinely invite the author(s) of the related article to respond in writing. Published letters are accompanied by either a reply from the original authors or the statement "Reply declined."

Research Letters

Research Letters, not linked to items published in AJOG, briefly summarize the results of original data. Each Research Letter is considered a scientific publication; authors must meet all requirements regarding responsible conduct of research (e.g. appropriate IRB approval, data integrity, data retention). Most undergo external peer review. Reviews, case reports, and opinion pieces are not considered for publication under this category.

Research Letters are limited to 7 authors, 500 words (not counting the title page, references, or legend), 5 references and may include either 1 table or 1 figure. Online supplementary materials are not permitted. Research Letters should be formatted similar to the structured abstract guidelines for original research and divided into 6 sections: Objective, Study Design, Results, and Conclusion. Research Letters do not include an abstract or condensation.

**Before You Begin**

<https://www.ajog.org/content/authorinfo>

4/13

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

Editorial Policies

Queries about submission requirements may be addressed to either of the managing editors:

Sandra Perrine • Sandra.perrine@cox.net Donna L. Stroud • dstroud@ajog.org
Phone 480-749-2880 Phone 614-915-9327

Ethics of the editorial process

If a report by any or all of the same author(s) has previously been published or is currently under preparation that deals with the same subjects, animals, or laboratory experiments, and deals with a similar subject as the submitted manuscript, the author(s) are to inform the editors in a cover letter about the similarities and differences of the reports. The editors may request that you upload such reports before further review. This requirement also applies to manuscripts in which subjects, animals, laboratory experiments, or data have been added to those reported previously. Please ensure that the final manuscript includes references for pertinent articles published prior to the publication of the AJOG paper.

Submission of an article implies that the work (including manuscript, figures, video clips, etc) described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint, see <https://www.elsevier.com/locate/ajogpolicy>), that it is not currently under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere including electronically in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder. Work that is already publicly available in a substantially similar form (such as in the form of blogs, YouTube videos, etc) will not be considered for publication in AJOG under usual circumstances.

All submissions are subject to review with iThenticate Professional Plagiarism Prevention. <http://www.ithenticate.com>

All policies of the American Journal of Obstetrics and Gynecology also apply to abstracts presented at Society Meetings that are published in this Journal as a result of the proceeding. Allegations of scientific misconduct and breaches of the ethical conduct of research will be assessed by the Editors and referred to the sponsoring Institution for review, inquiry, and/or investigation, and disposition. Examples of inappropriate acts include but are not limited to: fabrication, falsification, plagiarism, repetitive publication, obfuscation of significant research results, violating requirements for experimentation with human subjects or animals, failing to comply with authorship requirements and failing to report significant conflicts of interest. Honest mistakes and differences of opinion about experimental design or interpretation of results do not represent inappropriate acts. AJOG will make decisions about retraction of published work or other actions (such as sanctions) based upon evaluation of the information provided by the Institution and other information available to the Journal. Authors will be asked to identify the sponsoring Institution(s) which is responsible for the integrity of the scientific work and compliance with the regulations to protect human subjects and animals from research risk(s). When the research is sponsored from multiple institutions, authors will be asked to identify the institution which will take the lead in handling a potential allegation.

Human and nonhuman experimentation

Authors must follow the ethical standards for human experimentation established in the Declaration of Helsinki (World Medical Association Declaration of Helsinki: recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. JAMA 1997;277:925-6). The editors assume that a manuscript emanating from an institution is submitted with the approval of the requisite authority. The authors of reports of human experimentation that require local institutional approval must have obtained this approval **before the experiment was started**; upon request of the Journal editors, the author(s) must provide copies of the appropriate documentation. Institutional approval must be indicated in the Materials and Methods section of the submitted manuscript. If the study is exempt from Institutional Review Board approval, an explanation must be provided under Materials and Methods.

For reports of experiments on nonhuman animals or other species, authors must state under materials and methods that the guidelines for the care and use of the animals approved by the local institution were followed. The type(s) of nonhuman animals or other species used in an investigation must be named in the title, abstract, key words, and materials and methods sections of the manuscript.

For Images in ObGyn, Surgeries Corner, Viewpoint, or similar reports in which the identity of the patient is potentially identifiable, authors must have obtained written permission from the patient(s) on whom the report is based. The author is responsible for filing this in a secure location. The scope of the consent should allow the author to explicitly disclose the information to Elsevier and for Elsevier to republish the information in print and electronic format including journal web and social media sites. Authors must attest to having obtained written consent in the manuscript and must be prepared to provide this documentation upon the editors' request.

All research studies, including those involving patients, patient records, research participants or databases, require ethics committee approval (or documented exemption from the Human Subjects Committee) and informed consent (or documented waiver of consent), both of which must be documented in the paper. Studies on patients, patient records, or volunteers require ethics committee approval and informed consent, both of which must be documented in the paper.

Trial and research guidelines

Authors must adhere to the following guidelines when formulating the study:

• Randomized controlled trial.

- All Randomized Clinical Trials require registration with clinicaltrials.gov (or other registered authority), prior to enrollment. On the manuscript title page include the: 1) Date of registration; 2) Date of initial participant enrollment; 3) Clinical trial identification number; and 4) URL of the registration site.

- Authors are to consult the updated Consolidated Standards Of Reporting Trials (CONSORT Statement): Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. PLoS Med 7(3): e1000251. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000251>. <http://www.consort-statement.org> A flowchart as a figure must be submitted with the manuscript.

• **Systematic review or metaanalysis.** Authors are to consult the PRISMA Statement: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, and the PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. Ann Intern Med 2009;151:264-9. <http://www.prisma-statement.org>

• **Metaanalysis or systematic review of observational studies.** Authors are to consult the MOOSE Statement: Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. for the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. Metaanalysis Of Observational Studies in Epidemiology: a proposal for reporting. JAMA 2000;283:2008-12. <http://www.consort-statement.org/resources/downloads/other-instruments>

• **Diagnostic test(s).** Authors are to consult STAndards for the Reporting of Diagnostic accuracy studies (STARD Statement): Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, et al. for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD Initiative. Clin Chem 2003;49:1-6. <http://www.stard-statement.org>

• **Observational study in epidemiology.** Authors are to consult the STROBE Statement: von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening of Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol 2007;61:344-9. <http://www.strobe-statement.org> or PLoS Med 2007 Oct 16;4(10):e296. PMID: 17941714

• **Health economics.** In addition to the general instructions for authors and other guidelines applicable to the study reported in a submitted manuscript (e.g., CONSORT guidelines for a randomized controlled trial; see above), authors of health economics manuscripts should consider

<https://www.ajog.org/content/authorinfo>

5/13

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

certain issues specific to such studies and address them in the manuscript and/or submission letter. The checklist specific to this topic must be completed and included with the general submission checklist: https://www.elsevier.com/_data/online_misologyhealth.pdf

Translational Science

The only type of non-clinical research considered must be translational in nature and contain biological implications for obstetrics and gynecology. Additionally, the direct clinical relevance of every submission is considered when an editorial decision is made. Basic science without direct clinical relevance will not be considered.

As many definitions of basic and translational science abound, please see the following translational science examples to assist you in differentiating study types. If uncertain, authors may email an abstract to either editorial office with an inquiry as to whether or not the submission is encouraged; however, this does not guarantee acceptance.

Translational science examples**1. Ectopic Pregnancy**

- **Clinical Study:** an observational cohort study which shows that patients with a subnormal increase in hCG maternal serum concentration are at increased risk for ectopic pregnancy. [Encouraged submission]
- **Translational Science (bedside to bedside):** proteomic analysis of maternal plasma shows differentially-expressed proteins in patients with ectopic vs. normal pregnancy. Or, an experiment in which the fallopian tubes are ligated in pregnant animals and hCG determinations are measured in maternal serum. [Encouraged submission]
- **Translational Science (bedside to community):** analysis of techniques to enhance the adoption of best practices in caring for women with ectopic pregnancy. [Encouraged submission]
- **Basic Science:** a description of the glycosylation of protein structure of hCG (even if it is based on the purification of hCG from patients with ectopic pregnancies). [DISCOURAGED submission]

2. Preterm birth

- **Clinical Study:** an observational study in which a particular biomarker measured in the mid-trimester increases or decreases the risk for spontaneous preterm labor and delivery. [Encouraged submission]
- **Translational Science:** the transcriptome, proteome, genome, or metabolome of patients who subsequently have spontaneous preterm labor and delivery. [Encouraged submission]
- **Basic Science:** protein sequence of a particular biomarker. [DISCOURAGED submission]

Conflict of interest statement**Authors of all submissions must include a conflict of interest statement.**

Disclosures must include any financial interest present within the past three years with commercial entities that are marketing or developing products (drugs, devices, diagnostic tools, etc.) related to the subject matter of the manuscript. Disclosures include, but are not limited to: stocks or shares, equity, employment, advisory or scientific board, grant funding, speaker's bureau, paid travel, consulting status, and honoraria. The monetary value of any such stock holdings should be named. No policy could cover every contingency that might be construed as a conflict of interest. Therefore, it is expected that should any potential conflict of interest exist, the authors have revealed this to the editors. All relevant conflicts of interest and sources of funding should be included on the title page of the manuscript at the time of submission under the headings "Conflicts of Interest" and "Source of Funding" which will be published with the article. If the authors report no conflict, a statement of this will be published with the article. Failure to report disclosures may result in sanctions. Use as much or as little detail as appropriate.

Examples:

- The authors report no conflict of interest.
- R.J.X.M.F. and L.Y.V.R. are employed by the Curette Company, Worthingham, MI. The remaining authors report no conflict of interest.
- R.H. received research funding from PharmaCo, San Antonio, TX, for participating in a multicenter drug trial in 2011-12. S.B. reports no conflict of interest.
- This research was funded, in part, by a grant from the OxyContin Association (A.R.Z.).
- A.E.B. was on the Speaker's Bureau for PharmaCo in 2012.

Manuscripts written or developed by anyone other than the listed authors should name those individuals in the Acknowledgment(s) section and state their relationship to any commercial enterprise.

Submission declaration

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see [Multiple, redundant or concurrent publication](#) for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright holder.

Preprints

Please note that [preprints](#) can be shared anywhere at any time, in line with Elsevier's [sharing policy](#). Sharing your preprints e.g. on a preprint server will not count as prior publication (see [Multiple, redundant or concurrent publication](#) for more information).

Use of inclusive language

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

Author contributions

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

Named authors and contributors

Every author must provide a signed Statement of Authorship form upon submission. This requirement applies to all article types including, but not limited to: editorials, sketches, letters, and replies.

Authorship requirements for submissions to the Journal must conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals from the International Committee of Medical Journal Editors. <http://www.icmje.org> and http://www.icmje.org/um_full.pdf

Each author named in the byline must qualify by having participated actively and sufficiently in the study reported. The basis for inclusion consists of 2 factors: 1) substantial contributions to (a) the concept and design or analysis and interpretation of data and (b) the author's having drafted the manuscript or revised it critically for important intellectual content, and 2) approval by each author of the version of the manuscript submitted. All conditions (1a, 1b, and 2) must be met. Others contributing substantially to the work, including participants in collaborative trials and persons involved solely in data collection, should be recognized separately in the Acknowledgment(s) section. The corresponding author must confirm that all bylined authors fulfilled all conditions described here.

Authorship by individuals employed by industry

<https://www.ajog.org/content/authorinfo>

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

AJOG values high-quality primary original research reports of industry-sponsored trials and requires appropriate attribution of authors, which may include individuals directly employed by industry (that is, companies producing drugs, devices, tests, equipment or companies with an interest in the topic of the article). However, as of October 1, 2015, AJOG will no longer consider authorship by individuals directly employed by industry for the following categories of manuscripts: Expert review, Systematic review, Clinical opinion, Viewpoint and Call to Action. An individual is considered employed by industry if at least 25% of anticipated annual income is derived from a single manufacturer (as defined above). Individuals not employed by industry may submit manuscripts in these areas with the understanding that the AJOG financial disclosure policy is strictly adhered to.

Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts. *Before the accepted manuscript is published in an online issue:* Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged; (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement; and (c) written confirmation from that author that he/she meets the criteria for authorship. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed.

After the accepted manuscript is published in an online issue: Any requests to add, delete, or rearrange author names will follow the same policies as noted above and require an erratum.

Article transfer service

This journal is part of our Article Transfer Service. This means that if the Editor feels your article is more suitable in one of our other participating journals, then you may be asked to consider transferring the article to one of those. If you agree, your article will be transferred automatically on your behalf with no need to reformat. Please note that your article will be reviewed again by the new journal. [More information](#)

Article transfer service

This journal is part of our Article Transfer Service. This means that if the Editor feels your submission is more suitable in one of our other participating journals, then you may be asked to consider transferring the manuscript. If you agree, the manuscript will be transferred automatically on your behalf with no need to reformat. More information about this can be found here: <https://www.elsevier.com/authors/article-transfer-service>

Appeals policy

An author may appeal an editorial decision within 30 days of receipt of the decision to decline a manuscript for publication. The editor's decision may be appealed only if the decision to decline involved a serious mistake, and not merely a judgment call that could have gone either way. Only one appeal is permitted per manuscript, and decisions on appeals are final. New submissions take precedence for the editors over appeals. The basis for an appeal must be set forth clearly and fully in writing to the Editor by the corresponding author.

Please contact one of the managing editors who will forward the written appeal to the Editor. In your appeal letter, state why you think the decision is mistaken and provide your specific responses to any of the reviewers' comments that seem to have contributed to the decision of 'decline to publish'.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [predefined forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete an 'Exclusive License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#)

Elsevier supports responsible sharing.

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

Open access

Please visit our Open Access page from the Journal Homepage for more information.

Submission

Authors must submit all elements of their manuscripts online at <http://ees.elsevier.com/ajog>. Hard-copy submissions will NOT be considered or returned. The online system automatically converts source files to a single PDF file of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF files at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision takes place via email.

All policies of the American Journal of Obstetrics & Gynecology, including those related to Conflicts of Interest, Inappropriate Acts, and IRB approval, apply to all submitted articles, including those whose results were presented at professional society meetings.

Submitted manuscripts are screened by Journal staff and editors. For some papers, a decision is made to decline immediately. All others undergo peer review.

Manuscript Submission Checklist

You are not required to submit the [Manuscript Submission Checklist](#) but must follow its instructions. The checklist distills many key parts of the Guide for Authors. Incomplete submissions will not be considered.

Statement of Authorship

Every author on ALL submissions must sign a [Statement of Authorship](#).

Suggested reviewers

Optional: Upon submission, authors may provide the names, institution, and email addresses of 2-3 potential reviewers for editorial consideration. Suggested reviewers may include anyone knowledgeable in the area of study presented. Reviewers should not be mentors or former colleagues, and ideally should not be in the same city as the author (unless there is no person with the needed expertise outside of this city).

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

Previous submission (unpublished)

Provide a copy of previous peer review comments and a detailed response to each point. This is required for any submission previously submitted to AJOG, optional if previously submitted elsewhere.

Submit your article

Please submit your article via <http://ees.elsevier.com/ajog>.



Preparation

Requirements for the preparation of manuscripts

The author(s) accept(s) responsibility that the electronic file is complete and accurate upon submission, revision, and acceptance.

Editing services

AJOG publishes manuscripts only in American English. This includes using US spelling, punctuation, quotation marks, and decimal points. AJOG editors strongly encourage contributors whose English is not excellent to have their manuscripts edited by a professional translator or native English speaker before submission. Elsevier offers authors two services to help prepare their manuscripts for submission to an English-language journal.

The first service edits your manuscript already written in English to ensure it is in correct scientific English. This process does not change the content of your manuscript but improves understanding and readability for an English-speaking reader. This process takes less than six business days and the cost of an average manuscript is less than \$400. Please visit <http://ajog.elsevier.com/languageediting/ajog/ajogeditorservices.htm> for more details and to upload your manuscript.

The second service translates your manuscript from your language (Chinese, Portuguese or Spanish) into either British or American English. This process is carried out by Language experts within your field, and takes less than 11 business days. The average cost is \$1,000. Please visit <http://ajog.elsevier.com/languageediting/ajog/ajogeditorservices.htm> for more details and to upload your manuscript.

Please note that these services are not mandatory for publication in an Elsevier journal. Using these services does not guarantee selection for peer review or acceptance, and you are not obligated to submit your edited manuscript to an Elsevier journal. Visit our [customer support site](http://www.elsevier.com/customer-support).

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier: <http://www.elsevier.com/jnlpub>). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

Basic Format

Requirements for manuscripts submitted to the Journal generally conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals from the International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Manuscripts must be submitted in American English, double spaced, with a font size no smaller than 12. Number pages consecutively in the upper right corner in the following order: title page, condensation and short version of title, abstract, main text, acknowledgments, references, tables, and figure legends.

IMPORTANT: Figures are to be uploaded individually and in separate files (one figure per file). **DO NOT embed the figure into the manuscript text file**, as this compromises the image quality, creating an unprintable image (see artwork).

Use of Statistics and Math Formulae

In describing the statistical analyses performed, state which tests were used to evaluate a specific data set. In tables, indicate which statistical test(s) were used to evaluate the data.

Present simple formulae in the line of normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, eg. X/Y. In principle, variables are to be presented in italics. Powers of e are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text).

Abbreviations, units, proprietary (brand) names, and symbols

Use only standard abbreviations. Do not use abbreviations in the title or in the abstract. In the text they should be kept to a practical minimum. The full word or phrase for which an abbreviation stands should precede its first use in the text, with the abbreviation following in parentheses, unless it is a conventional standard unit of measurement.

The use of conventional units of measure is recommended, followed by Système International d'Unités (SI) units in parentheses. For this and other issues of style, authors are advised to consult the current AMA style manual: Iverson C, Christiansen S, Flanagan A, et al. *AMA manual of style: a guide for authors and editors*. 10th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007.

Generic, chemical, and/or proprietary names of drugs may be used. When a generic or chemical name is used, authors may insert the proprietary name in parentheses after the drug's first mention in the text (optional). When a proprietary drug name is used, it should be followed parenthetically (at first mention only) by the full name of the manufacturer and the city and state (US) or the city, province (if appropriate), and non-US country in which its main headquarters are located. Proprietary (brand names) are not permitted in the manuscript title.

Do not insert in any part of the paper the symbol for copyright (©), registered trademark (®), or trademark (TM). If included, they will be removed before publication.

Permissions

Direct quotations, tables, figures, and any other material that has previously appeared in copyrighted material must be accompanied by written permission for their use from the copyright owner and original author(s) along with complete reference information. Photographs of identifiable persons either must be accompanied by signed releases or all recognizable features must be masked.

Article structure

Essential title page information

Title page (starting on page 1) – required for ALL article types, including: letters, replies, and online-only content – includes the following sequence:

1) Title (as concise as possible, approximately 12 words, without abbreviations or parenthetical abbreviations for terms used in the title, and

<https://www.ajog.org/content/authorinfo>

8/13

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

suitable for indexing purposes) Proprietary (brand names) and conclusion statements are NOT permitted in the manuscript title

2) List of authors to be credited (byline), including each author's first name, middle initial, and LAST NAME (surname in all capital letters), with highest academic degrees (honorary degrees are not permitted); city or cities, state(s), province (Canada and Australia), and country or countries other than the United States in which the study was conducted; divisional and/or departmental and institutional affiliations of each author at the time the study was performed; for authors not called "Doctor," indicate Ms. or Mr.

Present/permanent address. If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a Present address (or Permanent address) may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

3) Disclosure statement of any potential of interest for each author; if no conflict exists, include the statement "The author(s) report(s) no conflict of interest."

4) Any source(s) of financial support for the research.

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

5) Required for clinical trials—include the clinical trial identification number and the URL of the registration site

6) Paper presentation information: If the findings were presented at a meeting, include the name of the meeting and its number (eg, "The 24th Annual Scientific Meeting" or "the 12th annual meeting"), the organization presenting the meeting, the city and state or city and non-US country (for Canada and Australia, include the province) in which the meeting was held, and the month, **inclusive dates** (not only the date on which the specific presentation was made), and year of the meeting

7) Disclaimer, if appropriate, such as for authors employed by the Federal Government or Armed Forces

8) The corresponding author's contact information (who will handle correspondence at all stages of submission, publication, and post-publication). Contact details must be kept up to date by the corresponding author. Include the full name, address, work and home and/or cell phone numbers (indicating which is which), fax number, and email address.

Word count

The word count of the abstract and the main text (not counting the title page, condensation, acknowledgements, references, tables, figure legends, and figures) must be included at the bottom of the title page.

Condensation, Implications and Contributions, and short version of title

On the next page of the manuscript, supply:

- 1) **Condensation:** a 1-sentence condensation of the paper, consisting of no more than 25 words, stating its essential point(s); this sentence, which is subject to copy editing in conformance with Journal style, will appear in the Table of Contents.
- 2) **Short Title:** a short version of the article title, for the identification line inserted at the bottom of each published table and figure.
- 3) **AJOG at a Glance:** Applies to Original Research and Systematic Review submissions. This section is limited to no more than 130 words, 1-3 short sentences or phrases in bullet form, briefly describing your study, its significance, and its contribution to the literature. Responses should be listed in bullet form with A., B., and C., headings (not in paragraph form). All responses are subject to minor editorial alterations and/or shortened without the authors' approval, and published both in print and on the Journal website.
- A. Why was this study conducted?
- B. What are the key findings?
- C. What does this study add to what is already known?

Abstract page, including key words/phrases

On the next page of the manuscript, provide an abstract and as many **alphabetized** key words or short phrases as needed for indexing.

Abbreviations and references are NOT permitted in the abstract (structured nor unstructured). Required abstract formats are described under the Article Types section of this document.

Text

The editors require that original research articles be organized into sections and identified with the following headings (not applicable to review articles, clinical opinion, or other article types.)

The type(s) of non-human animals or other species used in an investigation must be named in the Title, Abstract, and Materials and Methods sections of the manuscript.

Introduction

State concisely the study's purpose and rationale. Present only the background, supported by a limited number of pertinent references necessary for the reader to understand why the study was conducted. Do not include study data or conclusions.

Materials and Methods

Describe briefly, but in sufficient detail to permit others to replicate the study, its plan, patients, experimental animals or other species, materials, and controls; methods and procedures; and statistical method(s) employed. Institutional Review Board (IRB) issues are to be addressed here as stated under "Human and nonhuman experimentation" in the Editorial Policies section above. If the study was exempt from IRB approval, provide an explanation in the Materials and Methods section of the paper.

Results

This section includes detailed findings and must cite, in numerical order, all tables and/or figures, which should supplement, not reiterate, the text. Emphasize only the most important observations. Reserve any comparisons with others' observations for the Comment section (see below).

Comment

Do not repeat the details of data presented under Results or present any new data here. The editors strongly advise the following structure:

- A brief statement of the principal findings, limiting claims to those strictly supported by the data, avoiding speculation and overgeneralization. Give equal emphasis to positive and negative findings of equal scientific merit.
- Strengths and weaknesses of the study, both intrinsically and in relation to other studies, particularly any differences in results.
- The meaning of the study; eg, hypothesized mechanisms that might explain the outcomes observed and/or the implications for clinicians or policy makers. Indicate whether additional research is required before the information can be confidently used in clinical settings.
- Unanswered questions; proposals for future research.

Highlights

Highlights are optional yet highly encouraged for this journal, as they increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#)

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 86 characters, including spaces, per bullet point).

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

Acknowledgment(s)

This section thanks those other than the authors who have made substantive contributions to the manuscript, including participants in collaborative trials and persons providing only data collection or assistance with preparing the paper for submission or publication. Name only those who have made substantive contributions to the study (see "Editorial Policies").

For each person named under Acknowledgments, including science writers, the following information must be provided: name, place of employment, funding source(s), and disclosure of source of compensation, whether financial or in the form of services or complimentary products. All individuals named in this section must consent to such acknowledgment.

References

Follow the format in the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals from the International Committee of Medical Journal Editors: <http://www.icmje.org>. Standard journal title abbreviations are available in the List of Serials Indexed for Online Users from the National Library of Medicine: http://www.nlm.nih.gov/bsd/serials/terms_cand.html.

Numbering and order

All references are to be numbered sequentially as they fall in the text. For references that are not cited in the main text but only within table(s) or figure(s), begin such numbering after the numbers in the main reference list.

Insert citations in Arabic numerals as superscripts, not in parentheses. If the reference follows a comma or falls at the end of a sentence, the superscript should follow the comma or the period.

Do not include the first author of the cited reference in the text, in parentheses or otherwise, except as part of the text itself (Smith et al found... or in a study by Smith et al...).

If any reference is repeated or out of order, the author is responsible for renumbering references as needed prior to submission or resubmission. If any reference(s) are added or deleted during editing, the author is responsible for renumbering all subsequent references, both in citations within the text (and tables and figures) and, correspondingly, in the reference list. For any citations used in tables or figure legends, renumbering should similarly be done there.

Reference style

In general references follow AMA style.

For up to 6 authors, list all; for 7 or more authors, list the first 3 + et al.

Journal article

Nageotte MP, Vander Wal B. Achievement of the 30-minute standard in obstetrics—can it be done? *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:104-7.

Book chapter or section

Kim M. Amenorrhea: primary and secondary. In: Zuspan FP, Quilligan ED, eds. *Handbook of obstetrics, gynecology, and primary care*. St Louis, MO: Mosby; 1998:3-10.

Personal communications; unpublished data

If essential, these may be cited, within parentheses, at an appropriate location in the text, but not as numbered references. Written, signed permission from individual(s) quoted must accompany the manuscript upon submission.

For additional examples see any recent issue of the Journal.

Abstracts

Abstracts of scientific meetings can be cited; however, once the complete work is published, the article citation is preferred.

Journal abbreviations source

Journal names should be abbreviated according to the List of Title Word Abbreviations: <http://www.issn.org/services/online-services/access-to-the-list/>.

Provisional patent applications

Provisional patent applications may not be cited as a reference.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is encouraged.

References in a special issue

Please ensure that the words "this issue" are added to any references in the list (and add any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Web references

Websites may or may not be appropriate sources for citation; e.g., websites that serve as repositories of genetic information maintained by NIH, NCI, and the National Library of Medicine are acceptable.

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Tables

Submit tables in the manuscript file at the conclusion of the reference list and before the figure legends. Create all tables as double-spaced text in Microsoft Word. Any table submitted as a ".jpg" or ".tif" file will be returned for replacement.

Identify each table with a brief title (as few words as possible; reserve abbreviations for the key) and with an Arabic number (Table 1, Table 2, etc.) in the order in which it is cited in the text. Each column, including the first, must have a heading. Put all explanatory matter in footnotes, including the spelling out of any nonstandard abbreviations used in the table.

For footnote symbols within tables, follow the style and order noted on pages 50-55 of the AMA style guide, 10th edition. For placement, start in the upper left corner and work across, left to right, and down, line by line.

If a table, in whole or in part, was derived from copyrighted material, a footnote at the bottom of the table must credit the original source, cited fully. Any copyrighted material must be accompanied by a letter or completed permission form at the time of manuscript submission.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (not on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Supplementary data

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please provide the data in one of our

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at <https://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc., in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1, Fig. A.1, etc.

Figure legends

On the final page of the manuscript supply the following for each figure:

The figure number, figure title, and a 1- or 2-sentence description (legend, caption). Explain any arrowhead, letter, or other symbol used to identify parts of a photograph, drawing, or other illustration. Spell out any abbreviations used. In photomicrographs, explain the internal scale and identify the method of staining, if appropriate. If a figure was previously published by any of the bylined authors or others, insert a statement that permission has been granted and by whom, as well as a full citation of the original publication.

Figures

There is no charge for the use of color figures.

1. Submit each figure individually (one figure per file).
 2. DO NOT copy and paste or embed images into the manuscript text file or in a slide presentation. This compromises image quality making it unpublishable.
 3. Preferred image formats are: EPS, TIFF, or JPEG.
 4. Number figures sequentially in order as they appear in the text, with Arabic numbers (Figure 1, Figure 2, Figure 3A, etc.).
 5. Assign to each figure a brief title (containing as few words as possible and reserving abbreviations for the legend).
- For further explanation and examples of artwork preparation, see artwork instructions to authors from AJOG's publisher at <https://www.elsevier.com/artwork> (click on 'Artwork and Multimedia Instructions Interactive PDF').

Videos and computer graphics

Authors are encouraged to submit videos and computer-generated graphics, eg, a slide presentation with or without animation and sound. Although the publisher will not edit any video or computer graphic, the editors and reviewers may suggest changes. Any patient identification must be removed or masked. If music is utilized, appropriate permission is required.

Videos must be compatible with Windows Media Player and submitted in MPEG-1 or MPEG-2 (.mpg) or QuickTime (.mov) format. The maximum length of a video or computer graphic is 50 MBs or less per clip. Longer submissions may be divided into smaller clips, each of which should be identified at the beginning of that section, eg, Video Clip 1, Graphic 1. A concise legend for each video clip or computer graphic presentation must be included with the manuscript.

Please supply 'still's with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data.

For more detailed instructions please visit our video instruction pages at <https://www.elsevier.com/artworkinstructions>. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Videos and computer graphics accompanying a manuscript that is declined for publication will not be accepted separately. If the manuscript is accepted for publication, the presentation will be in the electronic version of your article, and in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>.

Illustration services

Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/illustrationservices>) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript. But concerned about the quality of the images accompanying their article, Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Artwork

Electronic artwork

You are urged to visit the electronic artwork site (<https://www.elsevier.com/artworkinstructions>); some excerpts from the detailed information are given here:

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the printed version.
- Submit each illustration as a separate file.

Formats

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Data references

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

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support *Citation Style Language* styles, such as *Mendeley*. Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations.

<https://www.ajog.org/content/authorinfo>

11/13

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software](#)

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link:
<http://open.mendeley.com/use-citation-style/american-journal-of-obstetrics-and-gynecology>
 When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Research data

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

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

Data linking

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

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

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

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

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to Mendeley Data. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

Data in Brief

You have the option of converting any or all parts of your supplementary or additional raw data into one or multiple data articles, a new kind of article that houses and describes your data. Data articles ensure that your data is actively reviewed, curated, formatted, indexed, given a DOI and publicly available to all upon publication. You are encouraged to submit your article for Data in Brief as an additional item directly alongside the revised version of your manuscript. If your research article is accepted, your data article will automatically be transferred over to Data in Brief where it will be editorially reviewed and published in the open access data journal, Data in Brief. Please note an open access fee of 600 USD is payable for publication in Data in Brief. Full details can be found on the [Data in Brief website](#). Please use [this template](#) to write your Data in Brief.

Data statement

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

**After Acceptance****Copyright statement**

The publisher will request a signed copyright statement after final acceptance of a manuscript. However, a signed Statement of Authorship signed by all authors is required at the time of submission.

Proofs

One set of page proofs (as PDF files) will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post) or, a link will be provided in the e-mail so that authors can download the files themselves. Elsevier now provides authors with PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 9 (or higher) available free from <http://get.adobe.com/reader>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs (also given online). The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/reader/tech-specs.html>

Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately – please let us have all your corrections within 48 hours. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication; please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

Offprints and Reprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail (the PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use). For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's WebShop: <http://webshop.elsevier.com/myarticleorders/offprints>. Authors requiring printed copies of multiple articles may use Elsevier WebShop's 'Create Your Own Book' service to collate multiple articles within a single cover: <http://webshop.elsevier.com/myarticleorders/offprints/myarticleorders/booklets>.

Use of the Digital Object Identifier

The Digital Object Identifier (DOI) may be used to cite and link to electronic documents. The DOI consists of a unique alpha-numeric character string which is assigned to a document by the publisher upon the initial electronic publication. The assigned DOI never changes. Therefore, it is an ideal medium for citing a document, particularly 'Articles in press' because they have not yet received their full bibliographic information.

02/02/2020

Information for Authors: American Journal of Obstetrics & Gynecology

Example of a correctly given DOI (in URL format, here an article in the journal *Physica Letters B*):

<https://doi.org/10.1016/j.physleta.2010.09.059>

When you use a DOI to create links to documents on the web, the DOIs are guaranteed never to change.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <https://www.elsevier.com/fundingpolicies>

Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our [access programs](#)
- No open access publication fee

All articles published open access will be immediately and permanently free for everyone to read and download. Permitted reuse is defined by your choice of one of the following Creative Commons user licenses:

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND), for non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

Disclaimer

Statements and opinions published in articles and communications therein are held to be those of the author(s) and not necessarily of the editors or publisher of the Journal. The editors and publisher disclaim any responsibility or liability for such material. Neither the editors nor the publisher guarantees, warrants, or endorses any product or service advertised in the Journal or guarantees any claim made by the manufacturer of such a product or service.



Author Inquiries

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

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

ELSEVIER Copyright © 2020 Elsevier Inc. All rights reserved. | [Privacy Policy](#) | [Terms & Conditions](#) | [Use of Cookies](#) | [About Us](#) | [Help & Contact](#) | [Accessibility](#)
The content on this site is intended for health professionals.

We use cookies to help provide and enhance our service and tailor content and ads. By continuing you agree to the [use of cookies](#).

Advertisements on this site do not constitute a guarantee or endorsement by the journal, Association, or publisher of the quality or value of such product or of the claims made for it by its manufacturer.

RELX™

ANEXO G – Normas para publicação na Revista Interface

02/02/2020

Interface - Comunic., Saude, Educ. - Instructions to authors



ISSN 1807-5726 on-line version

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [SCOPE AND EDITORIAL POLICY](#)
- [FORM AND PREPARATION OF MANUSCRIPTS](#)
- [SUBMISSION OF MANUSCRIPTS](#)
- [EVALUATION OF MANUSCRIPTS AND PUBLICATION OF APPROVED MANUSCRIPTS](#)
- [PROCESSING OF MANUSCRIPTS IN OPEN ACCESS](#)
- [VANCOUVER SYSTEM: CITATIONS AND REFERENCES](#)

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

Interface – Comunicacao, Saude, Educacao is an interdisciplinary open-access electronic journal, published by the Universidade Estadual Paulista, Unesp (Health Education and Communication Laboratory, Public Health Department, School of Medicine of Botucatu).

Its mission is to publish original articles and other relevant materials on Education and Communication in Health practices, the education of Health professionals (both university-based and in-service education) and Collective Health in its articulation with Philosophy, Arts and Social and Human Sciences which contribute to the advancement of knowledge in these areas. Critical and innovative approaches and qualitative research are prioritized.

Interface adopts the continuous publication of its articles, with Doi number, in a single volume per year, in an uninterrupted manner. In the electronic Summary of the journal, in SciELO and in its website, only the section to which the article was submitted is indicated.

The Journal is part of the collection of indexed journals in SciELO database and adopts the ScholarOne Manuscripts system for submission and assessment of manuscripts (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>).

Interface does not charge to submit and access articles. It publishes only original texts that have never been published elsewhere, in the form of free demand articles, analytical articles and/or essays, reviews of current themes, critical reviews, experience reports, debates, interviews, and also letters and notes about events and matters of interest. The Journal also publishes relevant and / or emerging topics, developed by invited authors, experts in the subject. Translations of texts published in another language are not accepted.

The submitted manuscripts have their scientific merit evaluated by **peers** considering the following criteria: theme originality and relevance, scientific rigor and theoretical and methodological consistency. Referees are selected among the Editorial Board's members or *ad hoc* consultants, researchers in the scope of work area, from different regions, and education and/or research institutions. The editors reserve the right to make changes and / or cuts in the received originals to conform them to the norms of the journal, maintaining style and content.

Interface follows the principles of ethics in scientific publications that are contained in the code of conduct of the Committee on Publication Ethics (COPE), <http://publicationethics.org>, and uses the Turnitin system (licensed by Unesp) to identify plagiarism.

The Journal's entire content, except when informed otherwise, is licensed under a Creative Commons license of the CC-BY type. For further details, please visit:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Note

Authors should read the Authors Instructions carefully before submitting manuscripts to Interface, since submissions must comply with the journal's standards. Failure to follow these standards may result in refusal of the submission in the initial analysis.

JOURNAL'S SECTIONS

Articles – analytical texts resulting from original theoretical or empirical research referring to themes of interest to the journal (up to six thousand words).

Review – texts of literature review about well-established themes pertinent to the journal's scope (up to six thousand words).

Dossier – set of thematic essays or analytical texts invited by the editors, resulting from original studies and research of interest to the journal (up to six thousand words).

Open space – theoretically grounded texts that describe and critically analyze experiences that are relevant to the journal's scope (up to five thousand words).

Debates – set of texts about current and/or polemic themes proposed by the editors or by collaborators and debated by specialists, who expound their points of view (Opening text: up to six thousand words; debaters' texts: up to one thousand and five hundred words; reply: up to one thousand and five hundred words).

Interviews – testimonies of people whose life stories or professional achievements are relevant to the journal's areas (up to six thousand words).

Critical reviews – critical analysis texts of works published in Brazil or abroad in the last two years, presenting new knowledge in addition to the simple summary of the publication, in the form of books, films or other recent productions that are relevant to the themes in the journal's scope (up to three thousand words).

Creation – reflection texts on themes of interest to the journal, in an interface with the fields of Arts and Culture, which use, in their formal presentation, iconographic, poetic, literary, musical and audiovisual resources, among others, in order to strengthen and give consistency to the proposed discussion.

Brief notes – notes on events, happenings, innovative projects and obituaries with an analysis of the person's work and scientific contribution (up to two thousand words).

Editorial – thematic text written by the editors or by invited researchers (up to two thousand words).

Letters to the editor – comments on journal's publications and notes or opinions about matters of interest to the readers (up to one thousand words).

Note

. The text's total number of words includes references, charts and tables and excludes title, abstract and keywords.

FORM AND PREPARATION OF MANUSCRIPTS

Format and Structure

1 The manuscripts must be keyboarded in Word or RTF, using 12-point Arial font, respecting the maximum number of words established for each section of the journal.

All the manuscripts submitted for publication, **without exception**, must contain authorship with complete affiliation (institution, city, state and country), ORCID ID, title in the journal's three languages (Portuguese, English and Spanish), different from the section's, citations and references. They must also contain abstract and keywords related to the theme in the journal's three languages (Portuguese, English and Spanish), except the following sections: Critiques, Interviews, Brief Notes and Letters to the Editor.

Notes

. The initial text of the Debates section must contain title, abstract and keywords related to the theme in the journal's three languages (Portuguese, English and Spanish). The other texts of this section must only contain the title in the journal's three languages and the Debate's theme.

. Interviews must contain title and keywords in the three languages.

. Critiques reviews must contain, in the first page of the text, title related to the theme written by the critical review's author and the work's title in its original language.

2 Authors must take the following precautions when they submit their manuscript:

- To remove, from the text, all information that identify the text's authorship in references, footnotes and citations, replacing them by **NN (eliminated for peer review purposes)**. Authors' data are informed **only** in a specific field of the submission form.
- In Microsoft Office documents, to remove the author's identification from the Document's Properties (in the menu File > Properties), starting on File, in the main menu, and clicking in sequence: File > Save as... > Tools (or Options in Mac) > Security options... > Remove personal information from file properties on save > OK > Save.
- In PDFs, to remove the authors' names from the Document's Properties, in File, in the main menu of Adobe Acrobat.
- Informations on institutions that supported the research and/or on people who collaborated with the study but do not meet the authorship criteria are also included in a specific field of the submission form.

Note

. If the manuscript is approved for publication, **all omitted information must be included again by its authors.**

3 The maximum number of authors is limited to **five**. In the event of more than five authors, a justification must be given to be analyzed by the Editor. **Authorship** implies assuming responsibility publicly for the content of the manuscript submitted for publication and must be based on the effective contribution of the authors in: **a)** conception and design of the study **or** participation of the discussion of the study's results; **b)** drafting the manuscript or critical revision of its contents; **c)** approving the manuscript's final version. **All these conditions must be met and may be indicated by the following statement: All authors actively participated in all stages of manuscript preparation.**

Note

. The maximum number of manuscripts by the same author in the Supplements is limited to **three**.

4 The manuscript's initial page (**Main Document**) must contain the following information (in Portuguese, Spanish and English): title, abstract and keywords. The title and keywords are not included in the abstract's total number of words. **Regarding this information, please note the exceptions mentioned in item 1.**

4.1 Title: must be concise and informative (up to twenty words).

Notes

. If the title contains an acronym, its full meaning must be included in the twenty words.

. If the title contains a city name, the state and country must also be included, to be counted towards the twenty words.

4.2 Abstract: must highlight the work's fundamental aspects. It can include the main objective, the theoretical focus, the methodological procedures, the most relevant results and the main conclusions (up to 140 words). Authors should avoid structuring the Abstract in topics (Objectives, Methodology, Results, Conclusions).

Notes

. If the abstract contains an acronym, its full meaning must be included in the 140 words.

. If the abstract contains a city name, the state and country must also be included, to be counted towards the 140 words.

4.3 Keywords: must reflect the addressed themes (from three to five words).

5 Footnotes are identified by small superscript letters in parentheses. They must be sequential to the letters used in the manuscript's authorship. **They must also be succinct and used only when strictly necessary.**

6 Manuscripts referring to research with human beings must include information on the approval by an Ethics Committee in the area, according to Resolution no. 466/2013 of Brazil's National Health Council or Resolution no. 510/2016 related to ethical specificities of researches in Human and Social Sciences. **Only** the process number must be included in the body text, at the end of the methodology section. **This number must be kept in the manuscript's final version if it is approved for publication.**

7 Manuscripts with illustrations must include their respective credits or captions. **In case of images of people, the authorization for the use of these images by the journal should also be included.**

8 Images, figures or drawings must be in tiff or jpeg format, with minimum resolution of 300 dpi, maximum size of 16 x 20 cm, caption, and 9-point Arial font. Tables and bar graphs can be produced in Word or Excel. Other types of graphs (circle graph, line graph, etc.) must be produced in an image program (Photoshop or Corel Draw). All illustrations must be in files separated from the original text (Main Document), **with their respective credits or captions and numeration.** In the text there should be an indication of the place in which each one must be included.

Note

. In the case of texts submitted to the Creation section, the images must be scanned with a minimum resolution of 300 dpi and sent in jpeg or tiff formats, minimum size of 9 x 12 cm and maximum size of 18 x 21 cm.

9 Interface adopts the Vancouver system for the style of citations and references in its manuscripts. Details about this system and other notes related to the manuscripts' format can be found **at the end of these Instructions.**

SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

1 The submission process is performed only on-line, in the system ScholarOne Manuscripts. To submit manuscripts, is required to be registered in the system, accessing the link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> and following the instructions on screen. Once registered and logged in, just click on **Author** to begin the submission process.

Note

. In the register of all the authors, it is necessary that the keywords referring to their areas of action are filled out. To edit the register, each author must log in the system with his/her username and password, access Menu, click on the item **Edit Account**, located in the upper right corner of the screen, and enter the areas of action at step 3. The areas of action are described in the system as **Areas of expertise**.

2 Interface accepts collaborations in Portuguese, Spanish and English for all sections. Just original and unpublished works submitted only to this journal shall be evaluated. The authors must state they complied with these conditions in a specific field of the submission form. In case a simultaneous publication or submission to another journal is identified, the manuscript shall be disregarded. Submission must be accompanied by an authorization for publication signed by all the authors of the manuscript. The model of the document is available for upload in the system.

3 Authors' data are informed in a specific field of the submission form and include:

- Main author: **institutional affiliation** (only one, in full), in this order: Department, Unit, University, city, state, country. Institutional e-mail. Full institutional address for correspondence (street, number, neighborhood, city, state, country and ZIP code). Telephones (landline and cell phone) and only one e-mail (preferably institutional). ORCID ID.
- Coauthors: **institutional affiliation** (only one, in full), in this order: Department, Unit, University, city, state, country. Institutional e-mail. ORCID ID.

Notes

. The data of all the authors must include the **ORCID ID** (the links to create or associate the existing ORCID ID are available in the ScholarOne system, Stage 3 of submission). The ORCID must include at least the institution to which the author belongs and his/her role.

. If there is no institutional affiliation, please inform professional education.

. If the author is an undergraduate or graduate student, it is necessary to inform: **Undergraduate/graduate student of the course**, indicating in parenthesis if it is a Master's Degree, Doctoral Degree or Postdoctoral Degree.

. Authors' titles, positions and roles **must not be informed**.

. Whenever the author uses compound names in references and citations, these data must also be informed.

Example: author Fabio Porto Foresti; in references and citations, authors must use **Porto-Foresti, Fabio**.

4 If the text contains illustrations, they must be included as additional documents to the **Main Document**, in a specific field of the submission form.

Note

. In case of images of people, the authors must provide authorization

for the use of these images by the journal. They must also be included as additional documents to the **Main Document**, in a specific field of the submission form.

5 The title (up to twenty words), the abstract (up to 140 words), the keywords (from three to five), **in the manuscript's original language**, and the illustrations must be included in a specific field of the submission form.

6 To submit the manuscript, in **Cover Letter**, the author must write a letter explaining whether the text is original, whether it is the result of a Master's thesis or Doctoral dissertation, whether there are conflicts of interest (any commitment by the authors with the financing sources or any type of affiliation or rivalry that may be understood as conflict of interest must be explained) and, in case of research with human beings, whether it was approved by an Ethics Committee in the area, informing the process number and the institution. If the manuscript **does not involve** research with human beings, it is also necessary to state that in the **Cover Letter**, justifying the Ethics Committee's non-approval. Similarly, if the authors include undergraduate students, it is necessary to inform that in this field of the form. Information on institutions that supported the research and/or on people who collaborated with the study but do not meet the authorship criteria are also included in this field of the form. If the text has two authors or more, the individual responsibilities of each one in the preparation of the manuscript must be specified in the **Cover Letter**, respecting the following authorship criteria: **a)** conception and design of the study **or** participation of the discussion of the study's results; **b)** drafting the manuscript or critical revision of its contents; **c)** approving the manuscript's final version. **All these conditions must be met and may be indicated by the following statement:** All authors actively participated in all stages of manuscript preparation.

7 If a **Critical review** is submitted, authors must include all information about the reviewed work in the **Cover Letter** following the reference standard used in Interface (Vancouver), namely: Author(s). City: Publisher, year. Critique of: Author(s). Work title. Journal. Year; v(n): initial and end pages. It must also include the reviewed work's cover as additional document to the **Main Document**, in a specific field of the submission form.

Example:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Critique of: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 In the item **Contribution to Current Literature**, the author must answer the following question:
What does your text add to what has already been published in the national and international literature?

Note

. In this brief description, it is necessary to address the specificity of the research results and of the review or experience in the scenario of national and international literature about the matter, highlighting the original nature of the work and the dialogue with international literature. Manuscripts that focus on issues of local interest only and present essentially descriptive approaches to the problem are not this journal's priority and should be avoided.

9 The author can indicate one referee (from Brazil or abroad) to evaluate his/her work, **provided that they do not belong to the same institution as the manuscript's author(s)**. If it is necessary, he/she should also inform about researchers with whom there may be conflicts of interest arising from the article.

EVALUATION OF MANUSCRIPTS AND PUBLICATION OF APPROVED MANUSCRIPTS

Interface adopts the strict editorial policy of **scientific merit evaluation by peers** conducted in two stages: **pre-evaluation and peer review**.

Pre-evaluation: every manuscript submitted to Interface undergoes an initial screening to check if it follows the journal's areas and if it complies with the editorial standards, and to identify missing documents in the submission process, including identifying plagiarism and self-plagiarism. Submission is only confirmed if all the journal's standards are met and when all requested documents are uploaded in the system. The initial screening analysis is performed by the editors and associate editors. The texts that advance to peer review are those that:

- meet the minimum requisites of a scientific paper and comply with the journal's scope;
- dialogue with the international literature around the theme of the article;
- present relevance and thematic originality and of results and adequacy of theoretical and methodological approach.

Peer review: the text whose submission is confirmed follows for double-blind peer review and is evaluated by, at least, two referees considering the following criteria: theme originality and relevance, scientific rigor, and theoretical and methodological consistency. Referees are selected among the Editorial Board's members or *ad hoc* consultants, researchers in the scope of work area, from different regions, and education and/or research institutions. The material is returned to the author if the referees suggest **small changes and/or corrections**. In this case, there will be a second round of evaluation of the revised manuscript.

Notes

. In case of divergence of opinions, the text is sent to a third referee for arbitration.

. The Editorial Board (editors and associate editors) is responsible for the final decision about the work's scientific merit.

Approved article edition: after the article's approval, the authors receive a correspondence with specific guidelines on sending the final version of the text in order to begin the editing process for article's publication. These guidelines include:

- updating all the authors' data, confirming their institutional affiliation or professional education, and the OCID ID, as already indicated in **item 3 of SUBMISSION OF MANUSCRIPTS**;
- final review of the text, including title, keywords, citations and references, and of the abstracts (Portuguese, English and Spanish) by specialized professionals, highlighting the corrections made in this last version in a different font color;
- in case of an article with two or more authors, adding the item **Contributors** before **References** in the text's final version, specifying the individual responsibilities of each one of them in creating the manuscript, as explicitly indicated in **item 6 of SUBMISSION OF MANUSCRIPTS**;
- in case of acknowledgments to people or institutions, inserting them also in the text's final version, before **References**, under **Acknowledgments**.

The approved article's editing process includes standardization, desktop publishing and review by Interface's technical team and approval of the final version by the authors.

02/02/2020

Interface - Comunic., Saude, Educ. - Instructions to authors

All approved articles are continuously published in the SciELO collection with a **DOI** number.

The authors are responsible for their texts. The texts do not necessarily coincide with the point of view of the journal's Editorial Board.

Note

. Should they be interested in publishing their manuscript in English, authors must express it and immediately contact the journal's Office for information on deadlines, costs, contact with accredited professionals, etc. These expenses shall be borne entirely by the authors. Both versions (Portuguese and English) will be published in SciELO Brazil.

PROCESSING OF MANUSCRIPTS IN OPEN ACCESS

Interface is an open-access electronic journal. The international open-access initiative aims at providing universal access to a benefit that should belong to all human beings: knowledge. The production costs of journals under this open-access model require public funding, since they are not financed by readers.

For 19 years, Interface was maintained almost exclusively with public resources. As this fundraising partially covers its costs, the journal has adopted a publication fee for approved manuscripts, in order to ensure regularity, quality and open-access to published articles.

Publication fee

Procedures for paying this fee will be informed by the journal's office after the article's approval. This fee will only be charged for approved articles for the following sections: **Dossier, Articles, Review and Open Space**.

1 For manuscripts with up to 5,000 words: **R\$ 800.00**

2 For manuscripts with more than 5,000 words: **R\$ 900.00**

This fee amount must be deposited in the following bank account:

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar
CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco Santander

Branch: 0039

Checking Account: 13-006625-3

The amount **does not include** costs of translation of the article into English, if interested. The article's authors are responsible for bearing this cost.

This fee may vary depending on whether more or less public funds are raised.

VANCOUVER SYSTEM: citations and references

Interface adopts the Vancouver system for the style of citations and references in its manuscripts.

CITATIONS IN THE TEXT

Citations should be numbered consecutively, according to the order in which they are presented in the text. They should be identified by superscript Arabic numbers.

Example:

According to Teixeira¹

According to Schraiber² ...

Specific cases of citations:

1 Reference with more than two authors: in the body of the text, only the name of the first author should be cited, followed by the expression

"et al."

2 Literal citations: These should be inserted in the paragraph between quotation marks (Double quotation marks), and accompanied by the citation page in parentheses, with the point at the end.

Example:

Starting from this relation, we can affirm that the nature of educational work corresponds to "[...] the act of producing, directly and intentionally, in each singular individual, the humanity produced historically and collectively by all men" 2 (p. 13).

Notes

If the quote comes with double quotation marks in the original text, replace them by the apostrophe or single quotation marks.

Example:

"The 'Uniform Requirements' (Vancouver style) are largely based on the style standards of the American National Standards Institute (ANSI), adapted by the NLM" 1 (p. 47).

At the end of a quote the punctuation mark will be inside the quotation marks if the sentence begins and ends with quotation marks.

Example:

"We are, therefore, in a context where, as Gramsci said, it is a struggle between the new who wants to be born and the old man who does not want to leave the scene." 9 (p.149)

When the phrase is not complete within the quotation marks, the punctuation should be outside the quotation marks.

Example:

In CFM's view, "there has never been such a violent aggression against the category and against the assistance offered to the population" (p.3).

3 Literal citation of more than three lines: In a paragraph inset from the text (with a one-line space before and after it), with **cm** indentation on the left side, without quotation marks, and accompanied by the citation page in parentheses (after the citation punctuation).

Example:

This meeting has expanded and evolved into the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), and has established the Uniform Requirements for Manuscripts Presented to Biomedical Journals: the Vancouver Style 2. 2 (p. 42)

Note

Citation fragment in text

- use bracket: [...] we found some flaws in the system [...] when we re-read the manuscript, but nothing could be done [...].

REFERENCES (Transcribed and adapted from Pizzani L, Silva RC, Feb 2014; Jeorgina GR, 2008)

All the authors cited in the text should appear among the references listed at the end of the manuscript, in numerical order, following the general standards of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org>). The names of the journals should be abbreviated in accordance with the style used in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

The references should be aligned only with the left margin and, so as to identify the document, with single spacing and separated from each other by a double space.

The punctuation should follow the international standards and should be uniform for all the references:

Leave one space after a full stop/period.

Leave one space after a semicolon.

Leave one space after a colon.

When the reference occupies more than one line, restart in the first position.

EXAMPLES

BOOK

Author(s) of the book. Title of the book. Edition (number of the edition). City of publication: Publishing house; Year of publication.

Example:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.

** Without indicating the number of pages.

Note**. If the author is an entity:**

SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidontostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

. In the case of series and collections:

Example: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

BOOK CHAPTER

Author(s) of the chapter. Title of the chapter. In: name(s) of the author(s) or editor(s). Title of the book. Edition (number). City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page of the chapter.

Examples:

-

Book author is the same as the author of the chapter:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

- Book author is different from the author of the chapter:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.

** It is obligatory to indicate the first and last pages of the chapter, at the end of the reference.

ARTICLE IN JOURNAL

Author(s) of the article. Title of the article. Abbreviated title of the journal. Date of publication; volume (number/supplement): first-last page of the article.

Examples:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

[Ortega F](#), [Zorzanelli R](#), [Meierhoffer LK](#), [Rosário CA](#), [Almeida CF](#), [Andrada BFCC](#), et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.

** It is obligatory to indicate the first and last pages of the article, at the end of the reference.

DISSERTATION AND THESIS

Author. Title of study [type]. City (State): Institution where it was presented; year when study was defended.

Examples:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [thesis]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no

Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertation]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

PAPER PRESENTED AT SCIENTIFIC EVENT

Author(s) of the study. Title of the study presented. In: editor(s) responsible for the event (if applicable). Title of the event: Proceedings or Annals of ... title of the event; date of the event; city and country of the event. City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page.

Example:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brazil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [accessed Oct 30, 2013]. Available at: www.google.com.br

* When the study has been consulted online, mention the data of access (abbreviated month and day followed by comma, year) and the electronic address: Available at: <http://www.....>

LEGAL DOCUMENT

Title of the law (or bill of law, or code...), publication data (city and date of publication).

Examples:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

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, 19 Set 1990.

*This follows the standards recommended in NBR 6023 of the Brazilian Technical Standards Association (ABNT, 2002), with its graphical standard adapted to the Vancouver Style.

CRITICAL REVIEW

Author(s). Place: Publishing house, year. Review of: Author(s). Title of the study. Journal. Year;v(n):first-last page.

Example:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTICLE IN NEWSPAPER

Author of the article. Title of the article. Name of the newspaper. Date; Section: page (column).

Example:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

LETTER TO EDITOR

Author [letters]. Journal (City). Year;v(n):first-last page.

Example:

Bagrichevsky M, Estevão A. [letters]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

PUBLISHED INTERVIEW

When the interview consists of questions and answers, the entry is always according to the interviewee.

Example:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [Interview conducted by Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, JM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

When the interviewer transcribes the interview, the entry is always according to the interviewer.

Example:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, JM. A Teoria da Atividade

Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [interview with Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

ELECTRONIC DOCUMENT

Author(s). Title [Internet]. City of publication: Publishing house; date of publication [date of access with the expression "accessed"]. Address of the website with the expression "Available at:"

With page numbering:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [accessed Jun 20, 1999]; 40. Available at: <http://www.probe.br/science.html>.

Without page numbering:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [accessed Aug 12, 2002]; 102(6):[about 1 p.]. Available at: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* The authors should check whether the electronic addresses (URLs) cited in the text are still active.

Note

.If the reference includes the DOI, this should be maintained. **Only in this case** (when the citation was taken from SciELO, the DOI always comes with it; in other cases, not always).

Other examples can be found

at http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OTHERS COMMENTS

Titles and subtitles

1 Title of the manuscript - in bold, with the first letter in upper case

2 Section titles (Introduction, Methodology, Results, Final

considerations ...) - in bold, with only the first letter in upper case

3 When there is subdivision in the section mark as [subtitle],

4 If this subdivision still has another subdivision: tick [sub-subtitle] and so on.

Note

.Delete automatic numbers and bookmarks before titles and subtitles.

Example: 1 Introduction, 2 Methodology ...**It is only** Introduction, Methodology ...

Keywords

Only the first letter in the upper case, the rest in the lower case.

Endpoint between keywords.

Footnotes

1 Footnote linked to the title of the text must be marked with an asterisk (*) at the end of the title.

2 Authors' information should be indicated as a footnote, beginning with (a), indicated in parentheses.

Note

.These notes should be short because of the restricted space on the cover page of the paper.

3 In the body of the text footnotes should follow the sequence that begins on the cover page (if the text has two authors, for example, the first footnote of the text should be (c)).

Note

.Footnotes should be brief, used only when necessary.

Highlight of words or excerpts in the text

Must be enclosed in quotation marks (double quotation marks).

Interface does **not** use bold or italic for highlighting.

Italic is only used for spelling foreign words.

The highlights in quotation marks should be succinct, used only when necessary.

Use of capital or lowercase letter (based on: FRITSCHER, Carlos Cezar et al., Medical Emergency Manual, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p 468.)

It is used capital letter:

1 At the beginning of period or citation.

2 In the names of the celestial bodies: Saturn, Sun, Mars, Milky Way.

Note

.**Lowercase letter** is used in cases such as the following: space age, nuclear era, pre-industrial era, etc.

3 In the names of the cardinal and collateral points when they indicate the great regions of Brazil of the world: South, Northeast.

Note

.When designating directions or when they are used as an adjective, they are written with lowercase: the northeast of Rio Grande do Norte.

4 In the word state, when personified or individualized: the State, the Nation

5 In the pronouns of treatment and in their abbreviations: Your Excellency, Lord, Mrs.

Note

.Lowercase is used in the designation of professions and position of occupants: president, minister, senator, secretary, pope, director, coordinator, lawyer, professor, dean.

6 In acronyms:

Can be pronounced by the letters (UFGRS, UFF, OMS): all in capital letter.

If pronounceable as word (Unesp, Unicef ...): only the first letter in capital letter. Exceptions: ONU, UEL, USP.

Note

.When using acronym, first write in length and then the acronym, in parentheses.

7 In the first letter of words that indicate official dates and names of facts or historical epochs, religious festivals, solemn acts and great public or institutional undertakings: September 7th, Middle Ages, Divine Feast, Christmas Day.

8 In the first letter of words that indicate names of disciplines of a curriculum or examination: History of Education, Psychology, Exam of the Order.

9 In the first letter of words that indicate areas of knowledge, institutions and religions: Collective Health, Epidemiology, Medicine, Nursing, Education, History, Social Sciences, Ministry of Health, Municipal Health Secretariat, Christianity.

10 In the first letter of words that indicate names of laws, decrees, official acts or diplomas: Copyright Law 9,609.

11 In the first letter of all the elements of a compound proper name, united by hyphen: Pro-Rector of Undergraduate, Graduate in Finances.

12 In the first letter of words that indicate names of events (courses, lectures, conferences, symposia, fairs, parties, exhibitions, etc.): International Symposium on Epilepsy; Paulista Conference of Radiology, Brazilian Congress of Soils.

13 In the first letter of words that indicate names of several sectors of an administration or institution: Rectory, Pro-Rector of University Extension, Legal Advice, Departmental Council, Department of Journalism, University Pastoral Center.

14 In the first letter of words that indicate geographical accidents and their denomination: Antas River, Sea Mountain, Persian Gulf, Cape of Good Hope, Atlantic Ocean.

15 In the first letter of words that indicate public street names: Faria Lima Avenue, Madalena Street, Trianon Park, Michelangelo Square.

Use of numerals

Write out:

- from zero to nine;
- tens and hundreds "full": ten patients; Twenty cars; Three hundred people; Eighty students, six hundred inmates ...
- approximate amount: There were about four hundred students.
- units of high order: The great São Paulo has about twenty million inhabitants.

Write in numeric numerals:

- from the number 11;
- when followed by standard units: 10cm; 6l; 600m.

Use of cardinal numbers

Write out:

- from zero to ten.

[\[Home\]](#) [\[About the journal\]](#) [\[Editorial board\]](#) [\[Subscriptions\]](#)



All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons License](#)

Distrito de Rubião Jr, s/nº
18618-000 Campus da UNESP- Botucatu - SP - Brasil
Caixa Postal 592
Tel.: (55 14) 3880-1927



[e-mail](#)