

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO-SENSU*
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

NARA DOS SANTOS COSTA

CONSTRUÇÃO E ELABORAÇÃO DE UM MODELO DE PLANO DE PARTO A PARTIR DA
PERCEPÇÃO DAS GESTANTES

Uberlândia
2020

NARA DOS SANTOS COSTA

CONSTRUÇÃO E ELABORAÇÃO DE UM MODELO DE PLANO DE PARTO A PARTIR DA
PERCEPÇÃO DAS GESTANTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade
Federal de Uberlândia como pré-requisito para obtenção do
título de Enfermeiro Obstetra

Uberaba
2020

Construção e elaboração de um modelo de Plano de Parto a partir da percepção das gestantes

Data: 09/12/2020

Resultado: _____

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Uberlândia como pré-requisito para obtenção do título de Enfermeiro Obstetra.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Efigênia Aparecida Maciel de Freitas
Universidade Federal de Uberlândia-Faculdade de Medicina

Profª Drª Maria Beatriz Guimarães Raponi
Universidade Federal de Uberlândia-Faculdade de Medicina

Bárbara Dias Rezende Gontijo
Universidade Federal de Uberlândia-Escola Técnica de Saúde

Construção e elaboração de um modelo de Plano de Parto a partir da percepção das gestantes

Nara dos Santos Costa

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

Resumo: objetivo: construir um modelo de Plano de Parto (PP) a partir da percepção das gestantes. Método: trata-se de estudo de abordagem qualitativa onde foram entrevistadas por meio online 50 gestantes recrutadas através de um grupo *whatsapp*. Os discursos foram analisados através do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados: as participantes do estudo levantaram os seguintes temas como itens para compor um PP: episiotomia, kristeller, comando dirigido, liberdade de locomoção, analgesia, contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido, clampeamento oportuno do cordão umbilical, direito ao acompanhante, toque vaginal e indução de parto. Conclusão: percebeu-se um conhecimento sobre a temática no público pesquisado e as autoras remetem ao fato do grupo estudado ser um grupo bastante esclarecido que participa de grupos de discussão sobre o tema em redes sociais e grupos de telefone. Identificou-se que alguns itens que podem ser contemplados em um modelo de PP não foram citados pelas mulheres, dessa forma sugere-se pesquisar essa lacuna. O PP a partir dos depoimentos das mulheres será instrumento para pesquisas posteriores o que irá ampliar os resultados dessa pes

INTRODUÇÃO

A princípio mudanças significativas vem ocorrendo acerca da assistência prestada à mulher que passa pelo processo de parturição. De início o parto era assistido por parteiras tradicionais, sendo realizado no domicílio das famílias, era um acontecimento familiar e íntimo. Após o século XX com surgimento da ciência e as descobertas tecnológicas, o parto passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico, com intuito de evitar complicações e situações de risco para a mãe e o bebê. Esses avanços foram importantes para o conhecimento da medicina, porém resultaram na medicalização e no controle do corpo feminino.¹⁻²

Com a intensificação desse quadro de assistência culminando no aumento das intervenções desnecessárias e da insatisfação das mulheres acerca do cuidado oferecido, surge o movimento da humanização do parto em todo o mundo, com intuito de melhorar a qualidade da assistência ao que tange parir e nascer, tornando a mulher protagonista de seu parto com respeito as escolhas e decisões tomadas por elas.³

O movimento propõe a democratização pela liberdade de escolha feminina e o respeito as decisões. Esse modelo atual é centrado para atender o que é conveniente para o médico, e não para suprir as particularidades da parturiente, que na maioria das vezes não tem o direito de escolher onde quer parir, a posição que deseja estar, a presença do acompanhante e quais procedimentos ela deseja ou não passar. Essas escolhas não partem de uma negociação, pelo contrário são quase sempre imposição dos médicos.³

Nesse contexto, surge o Plano de Parto (PP) mais no final dos anos 70, propagado por estudiosos na área de pré-natal, com o objetivo melhorar a comunicação entre as parturientes e profissionais de saúde, além de impulsionar as mulheres na livre escolha de decisão, riscos e desfechos do trabalho de parto³

Plano de parto é preconizado desde 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com diversas recomendações relacionadas as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” com propósito de reestruturar e tornar mais respeitoso a assistência ao parto e nascimento ao redor do mundo. Diz respeito a um documento, de aspecto legal, onde as mulheres declaram por escrito

antes de receberem assistência ao parto os seus anseios, expectativas referentes ao cuidado que desejam receber no trabalho de parto e parto, conforme suas necessidades e crenças, de modo a evitar e diminuir as intervenções desnecessárias³⁻⁵

O PP é um instrumento de empoderamento da mulher muito importante para ser utilizado no pré-natal, parto e puerpério, pois permite que seja respeitado o Princípio da Bioética, independência nesse período, podendo ser elaborado pela mulher com orientação e ajuda dos profissionais de saúde, destaca-se o enfermeiro. A qualidade do cuidado oferecido para mãe-filho também é assegurado com o uso desse documento, pois favorece na redução e na erradicação de condutas de imperícia, negligência e imprudência, bem como promove a autonomia da mulher. Ademais pode estreitar laços familiares quando esta transfere ou divide as escolhas a respeito do processo parir com familiares, amigos e companheiro.^{1,6}

O PP deve ser elaborado depois que a mulher for orientada sobre as questões relacionadas a gestação, trabalho de parto, o direito de escolha, os benefícios de parto natural, os riscos de procedimentos desnecessários, por exemplo a cesárea agendada e outras informações. Assim que a gestante for admitida na maternidade o PP deve ser entregue aos profissionais para que as decisões sejam divididas entre a equipe envolvida na assistência ao parto e a gestante^{4,7}

Diante de tudo que foi exposto podemos entender que o PP é uma ferramenta tecnológica impulsiona respeito aos cuidados da mulher e ao recém-nascido e tem facilitado a melhora da qualidade da assistência obstétrica, porém, existem alguns obstáculos para colocar esse instrumento em prática como: aumentar a divulgação entre os profissionais e estimular a gestantes a utilizarem; introduzir nos serviços de Atenção Básica como instrumento de rotina; ajuda e orientação na elaboração do documento para aumentar os índices de cumprimento, especialmente por profissionais da saúde obstétrica que possui conhecimento acerca das particularidades clínicas das gestantes e o real cenário dos serviços obstétricos; e por fim, a construção de PP sujeitos a modificações que levem em consideração que um parto é imprevisível, para incentivar a implementação e a realização, bem como a satisfação da mulher⁸.

Assim, diante da falta da utilização e do conhecimento dos profissionais e parturientes a respeito dos benefícios e das vantagens de tornar o PP uma ferramenta de uso rotineiro e hábito

nos serviços de saúde, esta investigação foi conduzida a partir da seguinte questão norteadora: como construir um plano de parto adequado, voltado a realidade da região?

O estudo teve como objetivo construir um modelo de Plano de Parto a partir da percepção das gestantes.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. As entrevistas foram realizadas com 50 gestantes e aplicadas por meio de um roteiro semiestruturado no período de julho a setembro de 2020. Devido a pandemia do covid-19 as entrevistas ocorreram de forma *online*. As participantes do estudo foram recrutadas através de um grupo de *whatsapp* de apoio às mulheres do qual trata de temas relacionados a gestação, parto e maternidade e também foi utilizada a técnica de bola de neve. Os critérios de inclusão foram gestantes maior de 18 anos e em qualquer idade gestacional e os critérios de exclusão gestantes com indicação absoluta de cesárea.

Para compreensão da percepção de plano de parto, foram selecionadas perguntas que nortegassem uma descrição a partir da narrativa das mulheres, sendo essas: Você precisa orientar uma amiga sobre a utilização do plano de parto, o que você orientaria? Imagine que para essa mesma amiga você esteja conversando sobre o seu plano de parto, o que você contaria para ela? Quais itens você acha que não pode deixar de ter em um modelo de PP?

Após leitura exaustiva do material reunido dos depoimentos das entrevistadas foi extraído o conjunto de ideias e conceitos relevantes de cada depoimento, as ideias centrais e suas respectivas expressões-chaves.⁹

O conteúdo extraído foi submetido a análise do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), elaborado por Lefevre e Lefevre na década de 90, uma técnica de organização de dados qualitativos que fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais. Entende-se por ideias centrais, uma síntese precisa do sentido de cada discurso, por expressões-chaves a essência dos discursos.⁹

O processamento destes dados resultou na construção de discursos do sujeito coletivo, o qual se fundamenta em um discurso-síntese, composto pela união dos relatos individuais similares.

Estes discursos redigidos na primeira pessoa do singular objetivam causar uma impressão de “coletividade falando” para o leitor, as opiniões e ideias dos participantes são solidificadas e enriquecidas.⁹

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM sob o parecer nº 3.957.474. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 CNS/MS. Todas participantes assinaram um termo de consentimento e assentimento livre e esclarecido (TCLE) após explicitação sobre os propósitos do estudo e detalhamento do seu processo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes

As idades destas gestantes estão contempladas dentro das seguintes faixas etárias: 20 a 39 anos com média de xxxx. Em relação ao estado conjugal 29(58%) são casadas, 17 (34%) vivem junto, 3(6%) solteiras e uma divorciada. Quanto a escolaridade 38 (76%) relataram ter curso superior, 18 (36%) ensino médio completo e uma (2%) ensino fundamental completo.

Ao ser questionado o histórico obstétrico dessas mulheres foi constatado que a idade da primeira gestação variou de 17 a 39 anos; quanto ao número de gestações 35 (70%) tiveram uma gestação, 12(24%) duas gestações e 3 (6%) três gestações. Em relação a via de nascimento 11(22%) tiveram cirurgia cesariana e 2 (4%) parto vaginal, sete (14%) mulheres relataram ter sofrido aborto alguma vez na vida, não foi questionado o número de abortos.

A seguir é apresentado os Discursos do Sujeito coletivo que foram ordenados a partir de temas comuns extraídos de suas expressões-chaves semelhantes e separados por dois grandes temas: conhecimento sobre plano de parto e plano de parto: itens revelados pelas mulheres

CONHECIMENTO SOBRE PLANO DE PARTO:

Fontes de conhecimento

A aproximação e a busca por conhecimento de temas relacionados à Humanização da assistência ao nascimento estão interconectadas de diversas formas: blogs; grupos virtuais na internet e de *whatsapp* voltados para a gestação, o parto e o puerpério; filmes e produção de documentários e exposições; realização de fóruns e conferências nacionais e internacionais;

veiculação de reportagens pelos meios de comunicação de massa e formação de grupos presenciais de apoio a mulheres gestantes e puérperas. Trata-se, de forma geral, a busca de mulheres que reunidas em um mesmo objetivo, a luta pelo resgate do direito de ter uma experiência de parto e nascimento de forma respeitosa e satisfatória, com intervenções obstétricas desnecessárias e invasivas o mínimo possível.

O discurso apresentado a seguir enfatiza como as mulheres realizam a busca pelo conhecimento sobre o plano de parto e o caminho que eles sugerem que outras mulheres possam percorrer:

“Eu orientaria ela logo nas primeiras consultas conversar com o obstetra dela sobre os desejos e depois procurar uma enfermeira obstetra, uma doula, que pode dar o suporte para ela nesse aspecto de construir o plano de parto. Buscar uma fonte segura de informação para ajudar ela na construção do plano de parto. Pesquisar na internet, se informar, ver vídeo no YouTube por exemplo, do instagram, seguir pessoas que falam sobre, filmes que falam dessa parte e procurar um grupo de apoio que isso hoje ajuda bastante” (01, 02, 05, 09, 11, 12, 13, 14, 15,16,17,18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 29, 30, 31,32, 33, 34, 35, 37, 41, 50)

Além do papel das redes sociais, mídias e demais fontes pela busca da informação é imprescindível que destaquemos o papel que os profissionais desempenham na divulgação e na orientação sobre o PP.

A gestante deve construir seu PP após receber informações fornecidas pelos profissionais, baseadas nas boas práticas recomendadas pela OMS. Orientações sobre anatomia e fisiologia da gestação e parto, orientações sobre seus desejos e anseios, os benefícios do parto normal, os riscos de intervenções desnecessárias e da cirurgia cesariana de forma eletiva entre outras.^{4,10} Lembrando que essas orientações também devem ser disponibilizadas aos familiares e acompanhante.

Os itens apontados no PP dizem respeito aos direitos das mulheres, desejos e a participação ativa no processo de parto. Esses elementos proporcionam uma vivência satisfatória, agradável com menos dor, estabelecendo seu protagonismo e sua liberdade de escolha quanto ao planejamento e a ocorrência do seu parto.¹¹

Toda equipe deve ter em mente a importância no cuidado a essas informações durante a gestação e no pré-natal. Sabemos que o médico obstetra, da família e a enfermeira obstetra possuem responsabilidades primordiais nesse processo, no entanto não podemos esquecer que as doulas também desempenham um papel de suma importância nesse processo.

A doula escuta, conversa e auxilia a mulher durante a gestação de forma empática, com informações atualizadas e ajuda a gestante a construir seu, portanto a doula exerce suas funções antes, durante e depois do parto com apoio emocional, dispondo de informações, promovendo o vínculo mãe-bebe e tornando esse momento mais fisiológico possível.^{12,13}

Ausência de conhecimento sobre plano de parto

É percebido pelos discursos que algumas gestantes desconhecem o que seja um plano de parto. Elas confundem plano de parto com a escolha pela via de nascimento e nem tão pouco fora mencionado durante as consultas de pré-natal, relatando que não haviam qualquer conhecimento sobre o mesmo.

Plano de parto é no caso o que escolhe fazer né? É planejamento de como vai ganhar, se é o parto normal ou se é o parto cesárea. Entre normal e a cesárea eu aconselharia a ter normal, por causa da recuperação que eu acho que é bem mais fácil. (02, 23, 38,47,49).

Na verdade, eu não sabia que isso existia, eu entrei na parte de conversar sobre isso com a minha GO, porque eu vejo que ela vai muito por etapas. Eu mesma não sei nada e até hoje eu não li nada sobre isso (26, 35, 36).

O médico quase não fala sobre isso, não me informaram nada. Eu que vi pela internet mesmo que tinha o plano de parto e que era um direito da mulher. A gente só fica sabendo disso através de filmes que a gente vê, aí fui pesquisar no google o que era plano de parto. (1, 13, 16,35)

Estudos internacionais e nacionais apontam para um desconhecimento acerca do propósito e benefícios do Plano de Parto por parte das gestantes¹⁴⁻¹⁷. Do outro lado, profissionais de saúde revelam que não há tempo para esclarecimentos e não enxergam a importância de dialogar as possíveis opções que as gestantes têm direito para orienta-las na elaboração de um PP.^{15,18}

Existe uma falta de sensibilidade por parte dos profissionais em perceber as demandas das gestantes, não há escuta atenciosa e o diálogo muitas das vezes é limitado, não há abertura e edificação de vínculo para a mulher expor suas dúvidas e angústias de forma que possam ser esclarecidos. Destaca-se que desde a primeira consulta de pré-natal a educação em saúde deve ser firmada, ou seja, a parturiente deve receber as informações de forma adequada a respeito do ciclo gravidicopuerperal.¹⁹

Profissionais de saúde comprometidos que incentivam à humanização da assistência ao parto proporcionam as mulheres o poder de escolher ações desvinculadas a condutas intervencionistas. Assim, assistência ao parto qualifica-se e passa a permear o mais perto das recomendações do Ministério da saúde e da Organização Mundial de Saúde.⁵

PLANO DE PARTO: ITENS REVELADOS PELAS MULHERES

Episiotomia:

É sabido entre as evidências científicas atuais que não existem reais indicações para a realização da episiotomia. A sua execução não facilita a passagem do polo cefálico do feto e tão pouco tem fatores protetores em relação a lacerações, sendo a própria episiotomia uma laceração de segundo grau, tão pouco melhora resultados maternos e fetais em trabalhos de partos e partos distócicos como distócia de ombro ou a necessidade de parto instrumental com uso de fórceps ou vácuo-extrator.

Os discursos trazem, na sequência, relatos de negação ou desejo da sua não realização, porém com justificativas de que se algo acontecer ou realmente for necessário ela será/poderá ser permitida. E relatos daquelas que possuem conhecimento da sua real falta de necessidade e negacionismo da sua pratica no momento de seus partos.

O que eu mais penso assim é a questão da episiotomia, que eu não quero que seja feito esse procedimento, Eu vou colocar que eu não quero, só que por exemplo assim, vai que acontece algum tipo de intercorrência muito grave e é um procedimento que vai ser super necessário, aí pode ser que eu mude de ideia no dia, mas que isso é uma questão que eu quero que não aconteça no dia do parto vai ser. É um ato muito corriqueiro, a maioria das mulheres que tiveram parto natural que eu conheço aqui em Uberaba, tiveram a episiotomia e muitas

vezes sem indicação. Esse é meu maior medo, é uma coisa que me aflige tanto, que eu morro de medo. Não quero de jeito nenhum, só se realmente for necessário. (04, 07,12,13,17).

O direito de falar quero pique ou não quero. Não aceito a realização da episiotomia, dos cortes, do pique. Pelo que eu li, não é recomendado e nem é necessário, o pessoal só faz para acelerar o parto. Muitos médicos não pedem a sua autorização e mesmo estando ali no plano de parto. (19,32, 33, 34, 36, 38,44, 46)

A prática da episiotomia realizada em mulheres durante o parto com a intenção de auxiliar a passagem do feto resulta complicações, em especial a dor onde foi feito o corte, dores durante o ato sexual e complexos de autoaceitação e autoestima relacionado a imagem de seus corpos.²⁰

Uma revisão sistemática realizada pela biblioteca Cocharane foi revisada e chegou-se à conclusão de que não há evidências definidas a respeito das indicações de episiotomias realizadas de forma rotineira.²¹ As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e a Organização Mundial de Saúde desaconselha a realização da episiotomia de rotina no parto natural.²²⁻²³

Estudos mostram que as mulheres não são informadas sobre a realização do procedimento nem tão pouco durante a gestação quanto em qualquer fase do trabalho de parto e parto. A ciência de que foi submetida, para algumas, só acontece no momento da sutura realizada.²⁰

A realização da episiotomia praticada pelo profissional de saúde sem esclarecimentos sobre a sua execução, configura-se em perda do protagonismo da mulher perante seu corpo, além de expressar um domínio de poder sobre o direito de decisão que elas possuem.²⁰ Cabe ressaltar que a episiotomia quando praticada sem o consentimento da parturiente é considerado uma violência obstétrica.

Não há evidencias claras que sustentem indicações reais de episiotomia^{1,4} e as complicações são bem documentadas e incluem, por exemplo, dor local, traumas perineais, infecções e complicações decorrentes da cicatrização, dispaurenia, medo de retornar as atividades sexuais, perda da sensibilidade vaginal, aspectos negativos de autoimagem e autoestima e alterações na anatomia do órgão sexual.^{6,20}

Kristeller:

A manobra de kristeller que é caracterizada como uma pressão fúndica pode trazer inúmeras complicações graves e não há evidências que comprovem benefícios para a mãe e o bebê. O discurso abaixo representa algumas das mulheres que reconhecem o desuso dessa prática: *“Gostaria de todos aqueles procedimentos que a Organização da Saúde tirou, porque eles são perigosos para mãe e para o bebê, como aquela manobra de Kristeller. Não aceito o desrespeito ao corpo da mulher no sentido de ficar subindo em cima da barriga”*

(04,13,25)

Algumas entidades médicas reconhecem e não recomendam essa pratica por estar associadas as complicações maternas e neonatais e as diretrizes nacionais do parto normal não recomendam a utilização dessa manobra^{22,24,25}.

Entretanto, um inquérito nacional realizado no país onde foi realizada entrevista com 23.894 mulheres mostrou que dessas 36% relataram terem sido submetidas à manobra. Esses relatos apontam como ainda existe uma continuidade dessa pratica e falta de registro da sua realização nos prontuários das pacientes, mostrando-se ser uma conduta realizada de forma velada.²⁶

Comandos dirigidos

O discurso a seguir relata sobre os comandos desnecessários durante o trabalho de parto e parto.

O desrespeito ao corpo da mulher no sentido de ficar subindo em cima da barriga, mandando ela fazer força fora de contração, fora do tempo dela. (4)

Os puxos dirigidos são utilizados com a justificativa de abreviar a expulsão do feto.⁵ A recomendação é que os puxos sejam realizados de forma espontânea e que seja evitado os puxos dirigidos.²²

Uma revisão sistemática concluiu que puxos dirigidos não abreviam a duração do expulsivo e nem reduz as taxas de traumas perineais comparados puxos espontâneos.²⁷

Liberdade de posição e movimento

O direito de deambular, locomover-se durante o trabalho de parto, a liberdade de escolher a posição para o parto são condutas consideradas boas práticas de assistência humanizada ao parto e nascimento e estão representadas no discurso a seguir:

Poder parir na posição que quiser, na posição que for mais confortável e ter liberdade de locomoção, poder transitar. (04, 05,16,25,34)

Puérperas entrevistadas em uma pesquisa Nacer em Belo Horizonte um inquérito sobre parto e nascimento mostrou que as entrevistadas reconhecem os benefícios de posições verticalizadas para o parto, sendo menos incomoda, contribui com a locomoção e a participação da mulher e diminui o cansaço e o emprego da força no período expulsivo.²⁸

Analgesia

A respeito da analgesia de parto é importante que o profissional oriente adequadamente a mulher em como acrescentar esse item em seu plano de parto. A sugestão é que essa intervenção seja colocada com verbos e expressões do tipo: ‘eu desejo” “caso eu peça” “prefiro que seja realizado se”, para que esse procedimento seja executado caso a parturiente solicite. Os profissionais não podem subjugar a dor e o limiar de dor de uma pessoa oferecendo métodos farmacológicos do alívio da dor supondo que essa mulher não está suportando. Devemos lembrar que dor é diferente de sofrimento, além de ser subjetivo. A dor não pode ser comparada de uma pessoa para outra. Outra questão é que se colocado “não aceito analgesia de forma alguma”, isso pode ser usado contra a mulher durante o trabalho de parto e parto, além de claro, não é possível prever os limites de dor nesse momento.

A questão da medicação né, deixar bem claro né para quem for acompanhar, se vai querer tomar medicação ou não para dor. Eu colocaria que eu queria receber a anestesia (risos). Eu não sei com quanto tempo que pode, por quanto tempo que pode ser liberada a analgesia, mas eu queria. (02,09).

Eles ficam jogando sabe, tipo “não, toma analgesia”. Isso eu acho também importante para quem tá disposta a fazer bem natural mesmo, porque às vezes não quer, mas na hora da dor se eles ficarem falando, falando, falando, você acaba cedendo. (37).

As boas práticas assistenciais baseadas no respeito às decisões mostraram redução na demanda de analgesia em umas duas instituições pesquisadas. A analgesia ofertada de maneira mais restrita associada as orientações sobre os riscos e benefícios deve ser incorporada como conduta que favorece a humanização do parto.²⁸

Contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido

Clampeamento oportuno do cordão umbilical

O contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida são condutas que se mostram benéfica a curto e longo prazo na manutenção do aleitamento materno e na constituição de vínculo entre mãe-bebe. Assim, como o clampeamento oportuno do cordão umbilical também é uma prática considerada humanizada e respeitosa.

Essa questão da golden hour é muito assim, tem gente que acha que é besteira, já escutei também né, mas eu acho que é um item essencial, desde que o bebê não tenha que sair correndo para uma UTI. Deixar ele ter contato com a mãe na primeira hora, caso ele esteja bem e a mãe também. Não deixar ele sair correndo para longe de mim e mexer no meu bebê sem necessidade. Eu quero passar a primeira hora com ele sabe, quero curtir aquele momentinho, eu quero que ele venha direto para o meu colo, o meu braço, o pele a pele e deixar ele mamar. E mesmo que seja a cesárea, porque eu já procurei saber que tem sim como o bebê vir e já ter contato comigo. Então, pelo que eu li eu acho que é uma coisa que deveria ter em todos os planos de parto. (04, 06, 07,08, 10,16, 19,26, 49).

Já tá tudo muito bem definido na minha cabeça, da questão do corte do cordão umbilical, clampeamento tardio, então assim, já vi da importância de se esperar parar de pulsar e eu quero o máximo que puder. Eu não concordo que o bebê nasça e já seja cortado imediatamente, porque eu sei que o sangue que tá na placenta vai voltar tudo para ele. (04, 06, 12, 13,16, 19, 34, 43)

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) descreve que o quarto dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno é o estímulo ao contato pele a pele entre mãe e bebe após o parto, por no mínimo uma hora.²⁹

Uma revisão integrativa evidenciou que os benefícios do contato pele a pele são de suma relevância para o binômio mãe e filho. Porém para que essa seja uma prática de rotina, realizada com sucesso, essencialmente nos primeiros sessenta minutos após o parto, os profissionais de saúde precisam promover esses cuidados, favorecer o ambiente e a interação materno-infantil.³⁰

Dessa forma, equipe capacitada para identificar no ambiente do parto as intercorrências obstétricas, as indicações das intervenções e avaliar as condições de nascimento são essenciais para a promoção do contato pele a pele e amamentação na *golden hour*, resultando assim na continuidade do aleitamento materno exclusivo.³¹

A respeito desse contato entre mãe-bebê após o parto entra em discussão o clampeamento do cordão umbilical.

As diretrizes de reanimação neonatal que o cordão umbilical seja seccionado de um a três minutos após o parto para recém-nascidos a termo e em boas condições de nascimento.³²

As diretrizes de parto normal contraindicam o clampeamento antes de um minuto e após cinco minutos. É mencionado também o clampeamento de um a três minutos após o parto.²²

Os benefícios do clampeamento oportuno são aumento das reservas de ferro no RN, menor risco de hemorragia intraventricular, redução de apresentar enterocolite necrosante, menor chance de sepse infantil e menor necessidade de transfusão sanguínea arigo.³²

O clampeamento tardio é um procedimento simples de ser feito e ao mesmo tempo proporciona contato precoce entre a mãe-filho, aumenta consideravelmente o elo entre o binômio e o sucesso do aleitamento materno.³²

Embora algumas mulheres demonstraram conhecimento sobre o clampeamento oportuno do cordão umbilical, não foi mencionado sobre quem ela gostaria que fizesse o corte ou secção do cordão. Este é um item que geralmente orienta-se colocar no plano de parto.

Um estudo realizado com 84 gestantes em Belo Horizonte a respeito dos desejos e anseios preenchidos em um plano de parto mostrou que 51,19% escolheram que fosse realizado pelo marido/parceiro/pai do RN, enquanto 46,43% pelo profissional e apenas 2,38%, por elas mesmas.⁵

É importante perceber que uma equipe sensível oportunize essa experiência para a família, além da necessidade de orientações e informações adequadas no pré-natal a respeito dos direitos,

quando e em quais condições esse procedimento pode ser realizado por outras pessoas sem ser a equipe técnica.

Direito ao acompanhante

As gestantes revelam o desejo de ter um acompanhante durante o processo de nascimento de seus filhos, mostrando conhecimento acerca da Lei que garante esse direito:

Eu acho que o companheiro deve estar o tempo todo, nunca deve ser proibido, nem nessa época de pandemia. Eu acho que é uma pessoa que te dá força, é uma pessoa fundamental pra estar junto e tá vendo tudo que tá acontecendo. Ter a minha participação ativa e a do meu acompanhante naquilo que for possível. Eu me informei eu sei que eu tenho direito, e o que eu mais quero é isso. (05, 10,28,44)

Em 2005 foi regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde, a Lei 11.108 que garante a presença de acompanhante de escolha da mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, qualquer momento das fases do trabalho de parto, parto e após o parto imediato, definido em até 10 dias.³³

Ter a presença do acompanhante favorece na humanização do parto e nascimento, pois essas pessoas acabam realizando condutas que ficaram perdidas na história no que diz respeito ao cuidado as gestantes, por exemplo, escuta pelos desejos, empatia pelas emoções vivenciadas pela mulher, e o cuidado afetuoso e humano por meio do toque tátil, palavras encorajadoras e massagens na região lombar e no quadril.³⁴

A presença de acompanhante, durante o trabalho de parto e parto, é considerada como positiva, fornecendo à gestante a sensação de segurança durante um momento de fragilidade emocional e de dor. A presença do acompanhante tem como finalidade encorajar e apoiar, verbalmente ou gestualmente, as mulheres de forma a garantir boa evolução do parto.¹¹

Contudo a pesar dos avanços após a incorporação da Lei, ainda existem fragilidades nesse aspecto do cuidado obstétrico. Um inquérito de âmbito nacional evidenciou que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 18,8% tinham companhia contínua, 56,7% tiveram acompanhamento parcial. Ao comparar com as variáveis socioeconômicas foi constatado que a presença do acompanhante, ainda se faz presente para uma minoria privilegiada, mulheres

brancas, com maior poder aquisitivo e maior nível de instrução escolar, contratando equipe particular e que tiveram uma cirurgia cesariana.³⁵

Nessa perspectiva autores sugerem que o acompanhante deve ser inserido nas atividades educativas e consultas de pré-natal precocemente, no início da gravidez, para que possam oportunizar o apoio ininterrupto e eficaz. O profissional ou acompanhante que presta o cuidado à parturiente precisa saber orientar, acalmar as angústias, assistir às demandas da mulher e contribuir com relação entre esta, os parentes e equipe profissional.³⁴

Toque vaginal

Dentre as intervenções desnecessárias, as mulheres ressaltam a realização do toque excessivos realizados de forma indiscriminada:

Eu tenho uma dificuldade muito grande com o toque desnecessário, toques repetitivamente. Na verdade eu não quero que me toquem, só se for estritamente necessário, eu tenho essa barreira, no meu plano de parto consta isso, é uma coisa mais particular minha, mas para mim é muito importante.^{26,28}

Uma revisão sistemática não encontrou dados convincentes que apoiam a realização de toque vaginal de rotina durante o trabalho de parto. Sendo assim é recomendado que o toque vaginal deva ser evitado fora do trabalho de parto ativo, ou seja, quando a mulher está sem contrações rítmicas.^{36,37} Ainda, a OMS preconiza que quando realizado para avaliar o trabalho de parto ele deva ser executado em um intervalo mínimo de quatro em quatro horas entre um e outro.²³

Indução de parto

O essencial é não ter aquela injeção que vai aumentar a dor, indução de ocitocina, por uma questão pessoal minha, por eu achar que se eu quero parto normal, a partir do momento que eu estou induzindo com um produto químico eu já tô deixando de fazer o parto mais natural possível, para mim isso já não funcionaria, mas tem mulheres que concordam com a ocitocina. Eu queria que fosse me perguntar primeiro para ver se eu quero e só se fosse de extrema necessidade. (08,09,18,19)

A infusão de ocitocina sintética e amniotomia são técnicas muito utilizadas para acelerar o trabalho de parto e comparando essa intervenção com fatores socioeconômicos ela é mais frequente em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, com menor nível de escolaridade.²⁶

Em uma pesquisa com puérperas no inquérito nacional, entre as práticas, frequentemente, utilizadas de modo inapropriado durante o primeiro estágio do parto, verificou-se a prevalência de mulheres que receberam infusão de ocitocina durante o trabalho de parto foi de 41,7%, demonstrando que práticas intervencionistas, como rompimento artificial da bolsa amniótica, uso de ocitocina e analgesia indiscriminada, ainda estão agregadas nas condutas dos profissionais da instituição pesquisada.²⁸

Uma das questões mais surpreendentes da assistência obstétrica no Brasil é a falta de paciência em aguardar o momento do nascimento, sem respeitar o protagonismo das mulheres nessa jornada de trabalho de parto e parto. As altas taxas de intervenções desnecessárias incluindo as cesarianas são justificadas pelo domínio da duração e determinação do processo de parturição, tornando o cuidado obstétrico no país concentrado nas mãos dos profissionais e não na fisiologia e no corpo da mulher. Todo esse acontecimento começa no cuidado pré-natal quando as mulheres são excluídas das orientações e informações adequadas relacionadas as boas práticas e assistência obstétrica eficaz, sobre as vantagens de um parto natural, e não são encorajadas a comandarem o seu parto.²⁶

CONCLUSÃO

Esse estudo apresenta algumas limitações que acabaram sendo retratadas em seus resultados. A proposta inicial antes da pandemia por covi-19 era a realização de entrevistas de mulheres atendidas no pré-natal de uma unidade básica de saúde, por conta da situação epidemiológica mundial foi solicitado ao CEP uma emenda solicitando que as entrevistas fossem realizadas de forma online. Ao recrutar mulheres de um grupo de *whatsapp* percebeu-se que o grupo era composto por mulheres bastante orientadas a respeito da temática, onde a maioria contratou equipes particulares de doulas e enfermeiras obstetras, ou seja, tínhamos um grupo consideravelmente enviesado.

A pesar disso vemos que o estudo contribuiu para reflexão acerca desses vieses e diante disso foi formulada uma nova proposta de intervenção, onde vamos aplicar o PP construído a partir dessa pesquisa (Apêndice A), que será fruto de uma pesquisa de doutorado de uma das pesquisadoras desse estudo.

Quanto ao estudo realizado é inegável que muitas mulheres possuem conhecimento acerca de alguns itens que podem compor um PP, mesmo com algumas fragilidades nas respostas, como a episiotomia. Elas sabem que não é um procedimento necessário, que não muda o desfecho materno-neonatal, porém sentem-se inseguras ao defenderem esse conhecimento tornando-as vulneráveis e frágeis para a execução.

Alguns itens não foram mencionados, o que era esperado, por exemplo, procedimentos desnecessários com recém-nascidos: banho precoce e prevenção de oftalmia neonatal sem embasamento científico entre outros procedimentos e/ou condutas que não irão deixar de compor o modelo de PP proposto.

Diante disso percebemos que mesmo em um público enviesado é necessário mais divulgação e conscientização a respeito dos direitos das mulheres relacionados aos temas gestação, trabalho de parto e parto.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas em diferentes unidades e regiões, a fim de conhecer e analisar se o pré-natal está sendo efetuado de forma eficaz, e, além disso, se as mulheres estão recebendo uma assistência individualizada e humanizada, com informações e orientações acerca de seus direitos e sobre Plano de Parto.

Referências

1. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, DODT RCM, Moura DJM. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 Fev [cited 2020 Oct 12];10(2):593-9. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/16919>.
2. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [citado 2020 Dec 03]; 18(8):2395-2400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=en.

3. Aquino LS. O movimento pela humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com os protestos que tomaram o mundo em 2013. *Revista Novos Saberes* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 10];3(1):46-58. Disponível em: <http://app.catolicasc.org.br/ojs/index.php/NovosSaberes/article/viewFile/77/56>.
4. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 June [cited 2020 Oct 10]; 23(3):520-526. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300520&lng=en.
5. Gomes RPC, Silva RS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2010 Oct 12] 21:e1033. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1169>
6. Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AkG, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM* [Internet] 2017 Jan/Fev [cited 2020 Oct 10]; 7(1): 144-151. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>
7. Sodré TM, Merighi MAB. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2012 maio [cited 2020 Oct 09];11(5):115-20. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062>.
8. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 10];40:e20180233. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180233.pdf>
9. Lefevre F, Lefevre AMCM, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ci en Saúde Coletiva*. 2009[citado em 2020 Out. 20];14(4):1193-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a20v14n4.pdf>.
10. World Health Organization. Safe Motherhood Unit. Care In normal birth: a practical guide. Geneva: OMS; 1996.

11. Santos FSR, Souza PA de, Lansky S, Oliveira BJ de, Matozinhos FP, Abreu ALN et al . Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 29] ; 35(6): e00143718. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705011&lng=en.
12. Giovana AT. Trabalhando pelos bons vinculamentos: Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. Anuário Antropológico [Internet] 2018. [cited 2020 Nov 29]; 43(1):: 37-66. Disponível em: <https://journals.openedition.org/aa/2784>.
13. Amorim LF, Leal EC, Viana MRP. Performance of the doulas during the pregnancy-puerperal cycle: a literature review. Research, Society and Development. 2020 [cited 2020 Nov 30]; 9(7): 1-17, e598974505. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4505>.
14. Santos ML, Silva DKF, Andrade PS, Albuquerque TT. Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba [Internet]. 2020 Jul/Aug [cited 2020 Nov 30];3(4):10143-10165. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14775>
15. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, et al. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. [Internet] 2014 [cited 2020 Nov 30];41(3):283-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12109>
16. Silva LCCS, Corrêa-Cunha EF, Kappler SR. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. Psic. Rev [Internet] 2018. [citado 20 Nov 2020];27(2):357-376. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/34156>.
17. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. Rev Baiana Enferm [Internet] 2017. [cited 2020 Nov 20];31(4):e20275. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>.
18. ROSA ECS, ALMEIDA LGZ, MOREIRA FS, MACHADO D, SOUZA AS. Avaliação do conhecimento dos profissionais da saúde com relação ao plano de parto. 2020 [cited 2020 Nov]; 25-33. from: <https://ensaiospioneiros.usf.edu.br/ensaios/article/view/214>.

19. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet] 2015 [acesso em 2020 nov 31];36(esp):119-26. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472015000500119&lng=p.
20. Marambaia CG, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Almeida VLM, Calvão TF. A sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 20 out. 2020]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67195>.
21. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2017 [acesso em 2020 nov 31];(2):CD000081. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>.
22. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51p. [citado 2020 Nov 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
23. World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
24. Rezende, J. Montenegro, CAB. Obstetrícia. 13ª edição. Guanabara Koogan, 2016.
25. Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014;123:693-711.
26. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado dez 2020]; 30(Suppl 1):S17-S32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en.

27. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;9(10). doi: 10.1002/14651858. CD009124.pub2.
28. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2016 Jun. [citado 20 Nov 2020] ; 20(2): 324-331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en.
29. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
30. Bezerra LDA, Pereira AMM, Jorge HMF, Melo LPT, Feitoza SR, Amorim MLS. Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. *RETEP - Rev. Tendên. da Enferm [Internet]* 2016 [citado 20 Nov 2020]; 8(4): 2019-2023. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-8-4.pdf>.
31. Saco MC, Coca KP, Abrão ACFV, Marcacine KO, Abuchaim ESV. Contato pele a pele e mamada precoce: fatores associados e influência no aleitamento materno exclusivo. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2019 [acesso nov 2020 25]; 28:e20180260. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0260>.
32. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman JM, et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2015;132(18 Suppl 2):S543-60.
33. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 8 abr 2005: Seção 1: 1.
34. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. Contribuição do acompanhante para humanização do parto. *Esc Anna Nery [Internet]* 2014 2014 [citado dez 2020]; 9;18(2):262-269. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20140038.

35. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Amilla A et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2020 Nov 23]; 30 (Suppl(1)):S140-S153. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en.
36. Waldman R. ACOG Practice Bulletin No. 198: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. Obstet Gynecol 2019;133(01):185. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003041.
37. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

APÊNDICE A

PLANO DE PARTO HOSPITAL (Em construção)

O parto é com certeza o momento mais marcante e transformador da vida da mulher. A fim de melhor atender suas necessidades durante o parto é importante o registro de suas expectativas e desejos. A adequada avaliação da equipe assistente indicará o adequado momento de sua internação para vivenciar a experiência do parto vaginal fisiológico.

- 1) Deseja conhecer a maternidade?
☐ sim ☐ não
Visita agendada para:
- 2) Quem a acompanhará na sua internação na maternidade?
☐ Esposo/Parceiro/ pai do bebê
☐ Mãe
☐ Filha
☐ Amiga
☐ Parentes outros
☐ Doula
☐ Outras:
- 3) Oferecemos várias medidas de controle de dor a sua necessidade e escolha:
☐ Caminhada
☐ Banho morno
☐ Exercícios em bola
☐ Livre mudança de posição
☐ Técnicas farmacológicas
☐ Analgesia de parto (só não permitida em gestação gemelar ou caso haja contraindicação médica)
- 4) São seus direitos durante seu trabalho de parto e parto assistidos:
☐ Permanência constante de seu acompanhante livremente escolhido
☐ Alimentar e ingerir líquidos durante o trabalho de parto
☐ Toques vaginais no menor número possível
☐ Vigilância frequente de seu bem estar e de seu bebê
- 5) Ambiente acolhedor e confortável para sua vivência da experiência do parto
☐ Iluminação adequada
☐ Música durante o trabalho de parto ou no parto
☐ Adequação do ambiente com elementos aromáticos
- 6) Desejo de posição de parto
☐ De cócoras
☐ Em banqueta de parto

- ☐ Em cama ginecológica semi-sentada com apoio dos pés
- ☐ Em posição de quatro apoios- Gaskin
- ☐ Deitada de lado
- ☐ Livre escolha no momento do parto

7) Terá doula em acompanhamento

- ☐ sim ☐ não

8) Desejo que me comuniquem ou ao meu acompanhante sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, rompimento das bolsas, ocitocina, cesárea ou episiotomia)

- ☐ sim ☐ não