



UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SANDRA DO NASCIMENTO RIBEIRO FLAUZINO

**A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO NO PRÉ-NATAL COMO
ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

**BOA VISTA – RORAIMA
2015**

SANDRA DO NASCIMENTO RIBEIRO FLAUZINO

**A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO NO PRÉ-NATAL COMO
ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Trabalho de intervenção apresentado à Universidade Federal de Roraima (UFRR) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no programa de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO - Rede Cegonha, para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^ª. Me. Raquel VogesCaldart

**BOA VISTA
2015**

SANDRA DO NASCIMENTO RIBEIRO FLAUZINO

**A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO NO PRÉ-NATAL COMO
ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Trabalho de intervenção apresentado à Universidade Federal de Roraima (UFRR) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no programa de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO - Rede Cegonha, para obtenção do título de especialista.

Aprovado em 20 de Novembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Raquel Voges Caldart
Orientadora

Prof^a. Me. Cintia Cassimiro
Coordenadora local do CEEO/UFRR

Enf^a. Obstetra Keila Campos Cavalcante
Preceptora CEEO

Prof^a. Dra. Marta Araújo Amaral
Tutora do CEEO/UFMG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por tudo que tens me dado, que iluminou meu caminho durante esta caminhada e me ajuda a vencer todos os obstáculos que tenho enfrentado em minha vida.

A todos os professores que me acompanharam e em especial a professora Mestre Raquel Caldart, que muito prestativa, ajudou-me na elaboração deste trabalho, abdicando-se algumas vezes do seu tempo para me acompanhar na minha orientação.

Aos meus pais Neidina e Mauro (in memória) pelo seu amor, carinho e incentivo, aos estudos, ensinando-me a lutar, ter determinações e nunca desistir de um sonho.

Ao meu esposo Marcus Vinicius, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldade, quero agradecer também aos meus filhos João Vitor e Maria Clara, pela compreensão da minha ausência, e que iluminaram de maneira especial os meus pensamentos.

Aos meus colegas de trabalho, Suzy, Janete, Kécia, Naria, Aldenora e Dayana do posto de saúde Buritis, que me ajudaram de forma direta e indiretamente para que pudesse conseguir dados para elaboração desse projeto, pelo carinho, paciência e incentivo.

Ao Luiz Benício pela compreensão e apoio de minha ausência para meus estágios.

Enfim, a todos que me ajudaram de alguma maneira para que pudesse alcançar mais um degrau nessa fase da minha vida.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”. (Cora Coralina)

RESUMO

O plano de parto tem como objetivo conscientizar a mulher de que ela pode se orientar a respeito das opções existentes e definir o que ela deseja para o seu parto, é uma conduta incentivada pela Organização Mundial da Saúde desde 1986 e tem como função registrar as preferências da mulher sobre todas as etapas do nascimento e cuidados do bebê, é uma lista de itens relacionados ao parto. Este estudo buscou incentivar a construção do plano de parto durante o pré-natal das gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Boa Vista/RR. Trata-se de um estudo prospectivo, analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa. As gestantes foram entrevistadas em setembro/2015, foram analisados 12 depoimentos relacionados com a vivência de partos anteriores das gestantes e conhecimentos prévios das gestantes acerca do parto humanizado, plano de parto e trabalho de parto essas informações subsidiaram a discussão em grupo com o objetivo de orientar a construção do plano de parto. Os resultados evidenciaram que as gestantes não são preparadas com informações e orientações necessárias para se posicionar como protagonista durante seu próprio trabalho de parto, parto e nascimento. A mulher informada sobre o parto, ainda no período gestacional, apresenta-se mais segura durante a evolução do trabalho de parto e tem maior possibilidade de participar na tomada de decisão, o que influencia, diretamente na sua satisfação em relação ao evento.

Palavras chave: enfermagem obstétrica; pré-natal; plano de parto; parto humanizado.

ABSTRACT

The goal of the birth delivery plan is to help the woman to think about her own delivery and decide what she wants for this moment of her life. This is a conduct encouraged by the World Health Organization since 1986 and the main objective is to recognize the preferences of women on all stages of labour, delivery and baby care, as well, it is a list of items related to childbirth. The aim of this study was to divulgate the birth delivery plan and to encourage the pregnant women to elaborate a birth delivery plan during the antenatal care in a health center localized in Boa Vista/RR/Brazil. It is a prospective and analytical study, with quantitative and qualitative approach. The pregnant women who had participated of the pregnant women group meeting in September/2015 placed in the health center were interviewed. It was analyzed 12 interviews regarding on the experiences of pregnant women in their previous births and previous knowledge about humanization of childbirth; birth delivery plan and;labour. This information supported the discussion in the pregnant women group and also used to guide the construction of the birth delivery plan. The results showed that pregnant women do not have the information needed to put them in a comfortable position during hers own labour, delivery and childbirth. The women well informed about those topics, even during pregnancy, are more prepared to face the different stages of labour and they are more likely to participate in decision making, which impacts directly on their satisfaction with the event.

Key words:midwifery; antenatal care; birth delivery plan; humanization of childbirth.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	8
2 - PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	9
3 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	10
4 - JUSTIFICATIVA	11
5 - REFERENCIAL TEÓRICO	12
6- PÚBLICO ALVO	16
7- OBJETIVOS	17
7.1 OBJETIVO GERAL.....	17
7.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
8 – METAS	18
9- METODOLOGIA	19
9.1 - COLETA DOS DADOS.....	19
9.2- ANÁLISES DOS DADOS.....	19
9.3 - ASPECTOS ÉTICOS.....	20
10 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – 2014/2015	21
11 – ORÇAMENTO	22
12 – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	23
12.1-CONHECIMENTO PRÉVIO DAS GESTANTES SOBRE PARTO HUMANIZADO, PLANO DE PARTO E TRABALHO DE PARTO	28
13 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXO A	34
APÊNDICE – A	36

1 - INTRODUÇÃO

A humanização é um tema que vem sendo cada vez mais trabalhado em todos os níveis de atenção à saúde no país, no qual cada profissional é convidado a fazer parte de um novo processo de construção da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de construir novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.

Ao longo dos anos, o ato de parir e nascer, deixou de ser visto como fisiológico para tomar características patológicas, despersonalizadas e altamente medicalizada. Sem dúvida, os avanços tecnológicos nessa área foram fundamentais para qualificar a assistência obstétrica, no entanto, abordar a humanização é fundamental para retomar os laços, o vínculo, o apoio, o cuidado à mulher que vivencia essa experiência (CASTRO; CLAPIS, 2005). Pois, o trabalho de parto é um momento único da mulher que deve ser visto pelos profissionais de forma respeitosa, no qual as decisões devem ser tomadas em conjunto (profissionais, mulher, familiares/acompanhantes) garantindo desta forma o protagonismo da gestante/parturiente em seu próprio trabalho de parto e parto.

O plano de parto é uma conduta incentivada pela Organização Mundial da Saúde desde 1986, e pertence à categoria prioritária de recomendações da Organização Mundial de Saúde para melhorar o nível do atendimento a mães e recém-nascidos em todo o mundo. O documento tem como função registrar as preferências da mulher sobre todas as etapas do nascimento e cuidados do bebê, é uma lista de itens relacionados ao parto. É classificada nas condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas. O plano de parto serve para conscientizar a mulher de que ela pode se orientar a respeito das opções existentes e definir o que ela deseja para o seu parto (OMS, 1986).

2 - PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

No Brasil, o modelo predominante de assistência ao parto é extremamente intervencionista, pois penaliza a mulher e sua família, ao priorizar as rotinas institucionais em detrimento da fisiologia e dos aspectos sociais e culturais do evento (DINIZ, 2005).

A distância impressionante entre as evidências científicas e a prática obstétrica é um exemplo do quanto à cultura institucional, técnica, corporativa, sexual e reprodutiva tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritário, na organização das práticas de saúde (DINIZ, 2005).

Em Boa Vista/RR, encontra-se a única maternidade referência do Estado, sendo comum o uso excessivo das práticas de intervenções às parturientes, por parte dos profissionais de saúde. Não é institucionalizado o plano de parto no município. A atitude passiva das mulheres, no momento do parto, diante das condutas autoritárias dos profissionais, perpetua-se. A situação pode gerar medo e ansiedade, interferir na fisiologia do parto e até oferecer riscos materno-fetais, pois as relações de vínculos ainda são frágeis.

Essa realidade em relação ao parto e ao nascimento despertou algumas inquietações que acabaram por nortear a presente pesquisa: As mulheres participam do parto? Planejam seu parto? Desejam participar das decisões? O acesso às informações favorece a participação ativa das mulheres? Quais são as suas necessidades durante essa experiência?

3 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O município de Boa Vista/RR é composto por aproximadamente 60 (sessenta) bairros, e conta com 58 (cinquenta e oito) equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, distribuídas em 34 (trinta e quatro) Unidades Básicas de Saúde – UBS.

O local deste estudo foi o Centro de Saúde Buritis, situado no bairro Buritis, zona oeste da cidade, o qual foi inaugurado em junho de 1986, e contempla a população com atendimentos médico (ginecologia, pediatria e clínica geral), odontológico, psicológico, farmacêutico, de enfermagem e assistência social, além de realizar procedimentos como: curativos, nebulização, imunização, acolhimento, bem como programas do Ministério da Saúde desenvolvidos pelas equipes da ESF, que é composta essencialmente por agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Dentre as atividades realizadas pela ESF estão as consultas de pré-natal que acontecem semanalmente e grupo de gestantes, os quais as reuniões ocorrem mensalmente. Esses espaços foram utilizados para o desenvolvimento deste estudo.

4 - JUSTIFICATIVA

Partindo do entendimento que o plano de parto é uma ferramenta que auxilia a gestante a ter um melhor entendimento dos processos e mecanismos do trabalho de parto e parto; que este pode ser usado como estratégia para humanizar a assistência obstétrica, em especial se desenvolvido durante o pré-natal e; que a elaboração deste instrumento pode ajudar a gestante a discutir suas dúvidas e anseios com os profissionais que a acompanham, bem como familiares, e assim poder fundamentar suas escolhas tornando-a protagonista neste momento de sua vida, é que se justifica a proposta do presente estudo que tem como objetivo incentivar a construção do plano de parto durante o pré-natal das gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde do município de Boa Vista/RR.

5 - REFERENCIAL TEÓRICO

No final século XIX as mulheres tinham seus partos realizados por parteiras em sua própria residência, a atuação do médico dificilmente era solicitada. Ir ao hospital não era considerado como uma prática segura e era apavorante para a parturiente, só acontecia em situações que a parteira não solucionasse.

Já no início do século XX deram-se os primeiros passos para a hospitalização do parto. Foi implementado gradualmente uma mudança de hábito nas mulheres, conscientizando-as sobre a importância do acompanhamento médico durante a gestação para esclarecer medidas de higiene, alimentação e o uso de medicamentos, o que ocasionou um aumento significativo na realização dos partos hospitalares e, conseqüentemente, a redução dos partos em casa (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

A qualidade da assistência obstétrica tem tido muitos avanços, não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm influenciado para a propagação desses avanços. Dentre esses, cabe destacar a evolução da operação cesariana que, de um procedimento antes só realizado em mulheres que não sobreviviam para salvar a vida fetal, passou a ser procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto. O advento tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar, processo esse que acometeu não só à assistência obstétrica, mas toda a área da saúde (CASTRO; CLAPIS, 2005; OSAVA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e órgãos não governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto de forma em que o parto seja tratado como um processo fisiológico e que haja a implementação do parto humanizado (SILVA, BARBIERI E FUSTINONI, 2011).

Na tentativa de se resguardar o caráter fisiológico do nascimento, surgiu o conceito de Parto Humanizado, que pode ser descrito como um conjunto de condutas e procedimentos que têm por finalidade a promoção do parto e nascimento

saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, que também objetiva-se no acompanhamento do pré-natal juntamente como assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

A busca pela humanização do parto exige, em primeiro lugar, o seu entendimento como sendo um evento da vida sexual e reprodutiva; um processo fisiológico, que requer um acompanhamento com um mínimo de intervenção, que disponha de pessoal treinado e de condições estruturais para identificação e prevenção precoce de complicações e situações de risco, permitindo atuação imediata, adequada e eficaz (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002; HOGA, 2004).

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, porém, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade e as necessidades da mulher, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas e suas famílias. Assim, humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, é a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido. Inibir os excessos de partos cirúrgicos é apenas uma das metas dessa assistência que deverá se consolidar se construída com foco na atenção mais humanizada.

Outra meta é a rede cegonha PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os profissionais da equipe de saúde que atendem essa população têm sido apontados como importantes mediadores no trabalho de tornar tal proposta uma realidade (BRASIL, 2012).

O parto é uma experiência marcante para a mulher, podendo deixar lembranças positivas ou negativas como sofrimento, medo de engravidar novamente e depressão. Assim, os profissionais ao assistirem a parturiente precisam compreender como sua clientela vivencia a parturição, atender suas carências individuais, com sua participação ativa e poder de escolha, vislumbrando um modelo que possa levar a uma efetiva humanização do parto (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

No modelo intervencionista de assistência obstétrica, a mulher torna-se o objeto da ação, perdendo o controle e a decisão sobre o próprio processo do parto e nascimento. A autonomia da mulher no momento do parto está vinculada à sua inclusão na decisão sobre a via de parto; isso ocorre na medida em que ela é informada a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na situação determinada (REIS e PATRICIO, 2005)

Nesse sentido, o diálogo entre o profissional de saúde e gestante é a base do que se denomina “aliança terapêutica”, considerada como uma troca ou negociação para garantir maiores benefícios na assistência, que depende de relações simétricas e não coercitivas entre as partes.

As expectativas das gestantes quanto ao tipo de parto esta relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis. Nesse sentido, a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da assistência, sendo que um instrumento educativo de alto potencial, conhecido como plano de parto é ainda pouco desenvolvido em nosso meio(MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Nesse planejamento, profissionais e usuárias - gestante ou casal - estabelecem vínculos com o serviço de saúde, para determinar onde e por quem o parto será realizado e conhecer as alternativas possíveis na assistência, em situações normais e no caso de surgirem complicações (REIS e PATRICIO, 2005).

Assim, é importante encontrar novas formas que possibilitem à mulher um maior controle sobre o próprio parto, com direito à opção fundamentada na “escolha informada”. Isso deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhante de sua escolha no parto, com quem queira compartilhar essa experiência.

Como enfermeiras, ensinando a assistência e cuidando de gestantes e puérperas, verificamos que muitas mulheres são submetidas à cesárea, mas desconhecem a indicação de tal procedimento. Além disso, muitas demonstram insatisfação com a falta de oportunidade para expressar suas expectativas e preocupações e tirar suas dúvidas com relação ao parto.

6- PÚBLICO ALVO

O público alvo do estudo são gestantes inscritas no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança - Ministério da Saúde (SISPRENATAL), que realizam o acompanhamento pré-natal no centro de saúde Buritis pela equipe de ESF 2.8.

7- OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

Incentivar a construção do plano de parto durante o pré-natal das gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Boa Vista/RR.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o conhecimento das gestantes e acompanhantes sobre o plano de parto;
- Traçar o perfil das gestantes que realizam pré-natal na unidade básica de saúde em questão;
- Informar as gestantes e acompanhantes sobre o plano de parto, bem como esclarecer dúvidas referentes ao mesmo;
- Auxiliar no processo de construção do plano de parto durante o pré-natal na unidade básica de saúde.

8 – METAS

OBJETIVOS	METAS ESTABELECIDAS	PERÍODO DE REALIZAÇÃO
Incentivar a construção do plano de parto durante o pré-natal das gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Boa Vista/RR.	Informa a mulher da existência do plano de parto fazendo com que ela se torne protagonista deste momento, recebendo um cuidado humanizado e direcionado a suas reais necessidades.	Setembro e outubro de 2015
Avaliar o conhecimento das gestantes e acompanhantes sobre o plano de parto.	Gerar um atendimento humanizado e aberto para questionamentos e dúvidas da mulher e acompanhante sobre elaboração do plano de parto.	Setembro e outubro de 2015
Traçar o perfil das gestantes que realizam pré-natal na unidade básica de saúde em questão.	Conhecer o público que será pesquisado, para favorecer a relação entre pesquisadora e pesquisado, será realizado no primeiro encontro do grupo de gestantes, sendo aprimorado a cada novo encontro em grupo ou individual	Setembro e outubro de 2015
Informar as gestantes e acompanhantes sobre o plano de parto, bem como esclarecer dúvidas referentes ao mesmo.	Trabalhar durante os encontros de grupos ou individuais com as gestantes onde existirá um momento no qual eles iram realizar os questionamentos que mais afligem, ou duvidas que possam surgir durante a consulta de pré-natal ou em momento de interação do grupo.	Setembro e outubro de 2015
Auxiliar no processo de construção do plano de parto durante o pré-natal na unidade básica de saúde.	Informar as mulheres dos direitos estabelecidos, da existência de um plano de parto, mostrando a elas a importância do conhecimento e do processo a ser percorrido durante o desenvolvimento do trabalho de parto e estimular a construção do seu próprio plano de parto.	Setembro e outubro de 2015

9- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo, analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa, que buscou incentivar as gestantes atendidas na Unidade de Saúde Buritis a conhecer e desenvolver um plano de parto durante o pré-natal.

9.1 - COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de questionário especificamente elaborado para este fim, composto por três partes: I) dados sociodemográficos; II) dados obstétricos e; III) conhecimento das gestantes sobre parto humanizado, plano de parto e trabalho de parto. O questionário foi composto por questões abertas e fechadas (apêndice A).

O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora durante um encontro do grupo de gestantes que aconteceu no centro de saúde Buritis em setembro de 2015. A aplicação do questionário se deu no início da reunião, com isso coletou-se as informações prévias das gestantes sobre os temas abordados no questionário que subsidiou, posteriormente, a discussão nas reuniões do grupo.

Para preservar o anonimato das participantes do estudo, as gestantes receberam uma codificação pela ordem de concessão das entrevistas: Gestante 1 = G1; Gestante 2 = G2 e assim sucessivamente.

9.2- ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram estruturados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel. A análise descritiva dos dados quantitativos foram efetuadas mediante frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central e dispersão.

Os aspectos qualitativos foram analisados por meio da análise temática de conteúdo, segundo critérios estabelecidos por Bardin (1977).

9.3 - ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima.

11 – ORÇAMENTO

Ordem	Itens	Valor
1	Cópias	100,00
2	Diversos, materiais de consumo	200,00
3	Transporte	200,00
Total		500,00

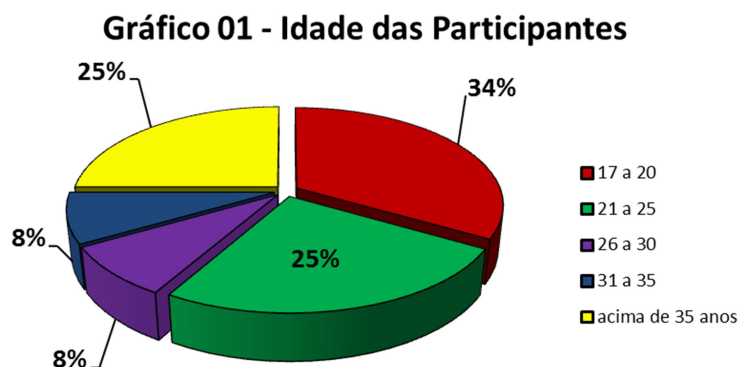
12 – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A ESF 2.8 tem, atualmente, 43 gestantes cadastradas no SISPRENATAL, sendo que destas, 12 (27%) gestantes participaram do estudo.

Vale mencionar que 51% das gestantes acompanhadas pela ESF 2.8 não são moradoras da área de abrangência da unidade de saúde, o que dificulta o trabalho de acompanhamento dessas gestantes por parte da ESF, bem a participação das mesmas nas atividades oferecidas pela UBS.

Do total das gestantes que participaram da pesquisa, observou-se que 34% das participantes tinham entre 17-20 anos de idade, 25% estavam na faixa etária entre 21-25 anos, 16% tinham entre 26-35 anos e 25% das gestantes tinham mais de 35 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1: Gestantes acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 2.8 da Unidade Básica de Saúde Buritis segundo faixa etária, Boa Vista/RR, novembro/2015



No Brasil, como em todo mundo, existem mulheres que engravidam tardiamente (BRASIL, 2001). Entretanto, a partir das últimas décadas do século XX que vem se observando um número crescente de mulheres que passam por essa experiência com mais de 35 anos (ZIELINKSY, 1998). Em nosso estudo apesar do importante percentual de gestantes abaixo de 20 anos podemos observar a significativa parcela de gestantes com 35 anos ou mais.

Este fenômeno demográfico tem sido atribuído, basicamente, ao aumento no número de mulheres que se vinculam ao mercado de trabalho, indicando que a

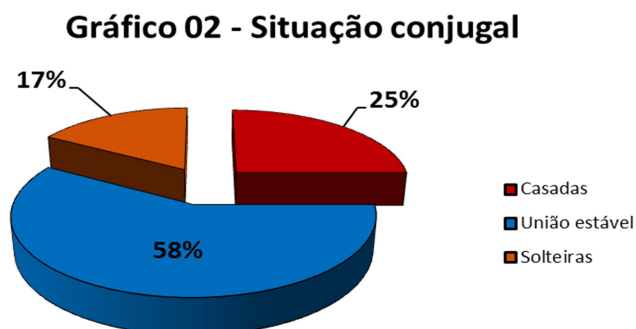
atividade produtiva fora de casa se tornou tão importante para elas quanto à gravidez e o cuidado com os filhos. Cada vez mais as mulheres, de todos os níveis socioeconômicos, assumem o papel de chefes de família ou têm necessidade de complementar o sustento do lar, o que acaba por determinar o adiamento da reprodução feminina.

Entretanto, recentes estudos têm destacado que a idade, por si só, pode não se constituir em fator de risco, pois um bom controle durante o período pré-natal e uma adequada assistência durante o trabalho de parto e parto condicionam prognósticos materno e perinatal semelhantes aos das gestantes mais jovens (BIANCO, 1996).

No Brasil, 32,8% das mulheres têm filhos antes dos 20 anos segundo os dados da Cepal (Comissão Econômica para América Latina e Caribe, ligada à ONU), este número é bem próximo do que foi encontrado na pesquisa onde 34% tem idade entre 17 e 20 anos. Metade (50%) destas mulheres são primigestas, ou seja, estão na primeira gravidez, 25% é primípara, já esteve grávida porém ocorreu aborto, sendo assim será a primeira vez que está mulher irá realizar um parto. E outros 25% das mulheres entre 17 e 20 anos são multípara, ou seja, já tiveram um filho anteriormente a esta gestação.

Em relação a raça/cor das participantes, todas as gestantes se autodeclararam pardas. Sobre a sua situação conjugal observou-se que 58% das mulheres declararam ter união estável, 25% afirmaram serem casadas e 17% são solteiras (gráfico 2).

Gráfico 2: Gestantes acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 2.8 da Unidade Básica de Saúde Buritis segundo situação conjugal, Boa Vista/RR, novembro/2015.



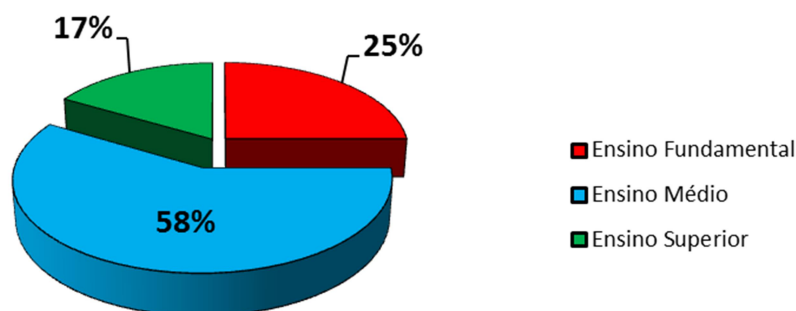
Segundo Domingues (2004), Diversos estudos comprovaram os benefícios da presença de um acompanhante durante o parto; do envolvimento da mulher na tomada de decisão; e de sua satisfação com a experiência de parto.

Este acompanhante pode ser ou não seu companheiro, porém seria de grande importância que o mesmo se faça presente neste momento transformador para toda família. E durante o período do pré-natal a mulher deve ser informada sobre o parto, suas possíveis condições, seus direitos e deveres, pois assim a mulher apresenta-se mais segura durante a evolução do trabalho de parto e tem maior possibilidade de participar na tomada de decisão, influenciando positivamente neste momento.

Quanto a escolaridade das mulheres participantes da pesquisa os dados nos demonstram a seguinte situação exposta no Gráfico 03.

Gráfico 3: Gestantes acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 2.8 da Unidade Básica de Saúde Buritis segundo escolaridade, Boa Vista/RR, novembro/2015.

Gráfico 03 - Escolaridade



A pesquisa nos demonstra que 58% das mulheres tem ensino médio completo, 25% o ensino superior e apenas 17% tem o ensino fundamental. Todas são alfabetizadas (sabem ler e escrever) e tem conhecimento básico sobre seus direitos e deveres quanto gestantes e parturientes.

Durante todo o processo de coleta dos dados também foi repassado a elas seus direitos sobre sua participação efetiva no planejamento do seu parto. E o fato destas terem recebido esclarecimento sobre o assunto, gerou nelas a vontade de

conhecer mais sobre o plano de parto e sua autonomia como protagonista do seu próprio parto.

Na segunda etapa do questionário, buscamos conhecer os dados obstétricos das gestantes participantes deste estudo, conforme tabela 01.

Tabela 1: Dados obstétricos das gestantes acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família 2.8 da Unidade Básica de Saúde Buritis, Boa Vista/RR, novembro/2015.

Identificação das gestantes	Idade 1ª Gestação	Número gestação prévia	Abortos	Partos Vaginal	Nascidos Vivos	Tempo de amamentação
G1	18	3	-	3	3	36 meses
G2	20	1	1	-	-	-
G3	25	1	-	1	1	9 meses
G4	19	-	-	-	-	-
G5	15	3	-	3	3	12 meses
G6	20	3	1	2	2	12 meses
G7	17	-	-	-	-	-
G8	20	1	-	1	1	6 meses
G9	23	1	1	-	-	-
G10	15	1	-	1	1	3 meses
G11	23	-	-	-	-	-
G12	18	3	-	3	3	16 meses

Fonte: Dados coletados da pesquisa -2015.

Quanto a idade da primeira gestação os dados mostram que a idade mínima em gestações anteriores é de 15 anos e a idade máxima é de 25 anos, sendo que 6 (50%) das mulheres engravidaram com idade menor de 20anos e 6 (50%) entre 20 e 25 anos. Sendo a média da idade da primeira gestação deste grupo de 19,4 anos.

No que se refere às gestações anteriores, 41,67% das mulheres tiveram 01 gestação anterior, 33,33% tiveram 3 gestações anteriores e 25% sem gestação anterior, totalizando 17 gestações anteriores com média de 2,7 gestações por mulher, todas as mulheres com partos anteriores foram parto vaginal totalizando 100%.

Como observação relevante vale colocar aqui o caso da G10, que tem 17 anos e encontra-se na segunda gestação, com o parto anterior transcorrido há 11

meses da gestação atual, e a mesma amamentou somente durante o período de 03 meses.

O desmame precoce é resultado de uma complexa interação de fatores socioculturais, como por exemplo, o processo de industrialização, o surgimento e a divulgação de leites industrializados, com a respectiva adesão de profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial, a inserção da mulher no trabalho, e a adoção nas Maternidades de medidas pouco incentivadoras do aleitamento materno (Giuglian, 1994).

Sendo importante a orientação sobre aleitamento materno nos próximos encontro conforme normatização pela OMS e UNICEF denominada os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno".

Quanto ao tempo de amamentação das demais mulheres participantes foi considerado ótimo já que os mesmos variaram de 6 meses que é o tempo mínimo a 36 meses, com introdução de alimentos a partir do sexto mês, como recomendado pelo Ministério da Saúde.

Ainda sobre os dados obstétricos das gestantes, foi questionado às gestantes suas experiências e vivências sobre partos anteriores, dentre elas experiências de dor, ansiosos, medos, informações recebidas e conhecimentos obtidos em relação ao trabalho de parto, parto, plano de parto.

A opção do parto vaginal relatadas por algumas, foram caracterizada pela necessidade de recuperação rápida, conforme relato das participantes.

“prefiro parto normal por que posso vim logo pra casa cuidar das minhas coisas dos meus filhos” (G1, 26 anos).

“não foi boa uma das experiências anteriores, não tive acompanhante, eu fiquei só, minha mãe chegou depois que o bebê nasceu” (G5, 36 anos).

“meu parto foi emocionante, eu estava calma, tranquila, o bebê nasceu bem, foi muito agradável a presença do meu acompanhante” (G10, 17 anos).

As gestantes convivem com a ambiguidade da alegria de conhecer o filho e do medo de parir, gerada pelas experiências de vida pessoal, pelas histórias de parto ouvidas ou vivenciadas junto a um familiar ou amiga mais próxima, pelas informações dos profissionais de saúde.

Ao cogitar a presença do marido como acompanhante, algumas disseram que não desejariam a presença do mesmo no momento do parto, devido a exposição, e sentiriam mais à vontade na presença de uma acompanhante feminina.

Seria unanimidade a opção do parto vaginal, se exceto uma gestante G8, 37 anos manifestasse seu desejo parto cesárea.

“mesmo tendo uma boa experiência anterior em meu parto normal, quero realizar uma cesariana neste parto devido o desejo de laqueadura, não esperava engravidar nessa idade, não quero mais correr nenhum risco” (G8, 37 anos).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que há métodos mais simples e menos arriscados de esterilização tubária, em vez do uso de cesárea para tal fim. A lei federal no 9.263/96, sobre planejamento familiar, proíbe a ligadura tubária no momento do parto, como forma de cercear essa prática e possibilitar o acesso aos métodos anticoncepcionais no SUS, inclusive a esterilização (BRASIL, 1996).

Perante o posicionamento da gestante foi realizada orientação quanto a não realização de laqueadura no momento do parto cesáreo, devido o procedimento ter critérios estabelecidos em forma da lei do Planejamento Familiar (9263/96). E que a mesma lei estabelece que somente poderá ser realizada a cirurgia de laqueadura após passado 45 (quarenta e cinco) dias do parto (normal ou cesáreo). Salvo exceção de que a mulher tenha realizado dois partos cesáreos anteriores.

12.1-CONHECIMENTO PRÉVIO DAS GESTANTES SOBRE PARTO HUMANIZADO, PLANO DE PARTO E TRABALHO DE PARTO

Nesta última etapa do questionário foram avaliados os conhecimentos prévios das gestantes sobre parto humanizado, plano de parto e trabalho de parto.

Sobre o parto humanizado, algumas o descreveram como conforto e direitos de escolhas, para tornar o parto agradável.

“É uma forma de você se sentir a vontade como se estivesse na sua casa”(G8, 37 anos).

“Temos o direito de escolher a melhor posição para aliviar a dor para ter um parto tranquilo” (G7, 17 anos).

Neste momento observou-se que as gestantes apontaram a necessidade de informações e explicações sobre a gestação e procedimentos que são realizados durante o parto, bem como sua evolução. Elas atribuíram aos profissionais de saúde esta responsabilidade. Quando questionadas sobre se receberam informações sobre procedimentos realizados durante o trabalho de parto, parto e puerpério em seus partos anteriores apenas duas (17%) responderam que sim e destacaram a importância de uma linguagem clara por parte dos profissionais de saúde, sem uso de termos desconhecidos pela população.

Neste estudo apenas 22% das parturientes receberam a informação, porém não ocorreu de forma clara e com linguagem popular, dificultando o entendimento por parte das gestantes.

Sobre o conhecimento prévio das gestantes acerca das fases do trabalho de parto, 66,67% das participantes descreveram o que poderia acontecer durante o trabalho de parto, citando experiências anteriores próprias, bem como experiências prévias de amigas e familiares.

“desconforto, dor, dilatação, estourar a bolsa de água, nascimento” (G9, 23 anos)

“para ficar internada e necessário estar com 04 cm de dilatação” (G5, 25 anos)

O levantamento dos dados mostrou que 75% das gestantes receberam as orientações e informações referentes as fases do trabalho de parto durante o pré-natal. Um estudo de Domingues, Santos e Leal (2004), mostra que a mulher informada sobre o parto, ainda no período gestacional, apresenta-se mais segura durante a evolução do trabalho de parto e tem maior possibilidade de participar na tomada de decisão, o que influencia, diretamente na sua satisfação em relação ao evento.

O profissional de saúde deve valorizar as ações de ouvir, envolver-se, comunicar-se, sintonizar-se com as gestantes; inserir-se no mundo significa comunicar-se com ele e, como comunicação, pressupõe intersubjetividade. São estas as tipificações que sustentam toda relação social, na qual o indivíduo está inserido (SCHUTZ, 2003).

Quanto ao plano de parto apenas 4 (33%) das participantes tiveram informação sobre o mesmo, dentro deste universo 3 (75%) relataram que foi através do grupo de gestante e pré-natal realizado nesta gestação que obtiveram essa informação e 1 (25%) não relatou a fonte.

O plano de parto traçado pela mulher e/ou casal é, primeiramente, um instrumento educativo, que informa sobre todas as alternativas disponíveis na assistência ao parto, com ou sem intercorrências.

No plano de parto deve existir uma relativa simetria entre a usuária gestante e o provedor de cuidados, onde poderão concretizar-se mudanças nas práticas dos serviços, o que possibilitará à mulher a chamada escolha informada sobre “onde, como e por quem” o parto será realizado, assim, ela fica consciente de seus direitos e se comunica melhor com os profissionais de saúde (DINIZ, 2001).

Sobre o empoderamento da mulher, ou seja, a sua capacidade para discutir e decidir sobre os cuidados a serem realizados no parto e nascimento, apareceu, de modo frágil, nos depoimentos.

Todas as informações coletadas no questionário subsidiaram as discussões posteriores tanto no grupo de gestantes quanto nas consultas de pré-natal. No entanto, foi nas reuniões do grupo de gestantes que se buscou orientar e discutir com as mulheres a importância da realização do plano de parto.

Durante as reuniões do grupo procurou-se auxiliar e fundamentar as gestantes na elaboração de seu próprio plano de parto. Buscou-se esse momento para a elaboração do plano de parto por acreditar que as atividades em grupo proporcionam trocas de informações e experiências entre as gestantes e profissional de saúde, favorecendo a humanização da assistência durante o pré-natal.

Ao final da ação educativa no grupo de gestantes foi oferecido um modelo de plano de parto (anexo A) adaptado do plano de parto elaborado pela prefeitura de Belo Horizonte para a campanha, BH pelo Parto Normal, “Ajude a nascer esta ideia”, como sugestão, para que as gestantes pudessem analisar e ao longo do pré-natal desenvolver seu próprio plano de parto.

13 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos demonstra que as gestantes não têm os conhecimentos sobre a existência do plano de parto, que vem a contribuir para que ela receba um tratamento humanizado e direcionado a suas reais necessidades.

O fato do mesmo não ser realizado favorece acontecimentos que dificultam seu processo de participação e autonomia no momento do seu parto. Podendo fazer com que esta mulher crie traumas relacionados ao parto, podendo se tornar um fator significativo para as próximas gestações.

É necessário que o período de pré-natal seja diferenciado em atenção assistencial e orientações educativas que favoreça o conhecimento dos processos a serem percorridos durante o trabalho de parto e parto. Sendo esses de responsabilidade do profissional que esteja face a face durante esse período através de orientações individuais ou em atividade de educação continuada em grupos de gestantes, no qual surge efeito maior devido interações das vivências compartilhadas.

É de grande relevância que o plano de parto seja amplamente divulgado entre as Equipes de Estratégia Saúde da Família, e que seja trabalhado de forma mais intensa durante o pré-natal, para que aconteça a melhoria da qualidade do atendimento das gestantes, a realização de um trabalho mais humanizado na Atenção Básica, além do estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a gestante.

Uma das dificuldades encontradas para a continuidade das orientações que devem ser trabalhadas durante o pré-natal e a elaboração do plano de parto, é o grande número de atendimento de gestantes não moradoras da área adstrita. Este fenômeno gera transtornos a equipe, já que a mesma não tem como realizar uma busca ativa desta gestante, e trazê-la até a unidade de saúde quando a mesma falta a suas consultas. Causando com isso uma ruptura nos processos de trabalhos iniciados com esta gestante.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. (2006). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BRASIL. **Aborto, Parto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011a.

BRASIL. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

CASTRO, J.C; CLAPIS, M.J. **Parto Humanizado na percepção das Enfermeiras Obstétricas envolvidas com a Assistência ao Parto**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.13, n.6, p. 960-967, nov./dec. 2005.

DOMINGUES RMSM, SANTOS EM, LEAL MC. **Aspectos 8. da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. Cad Saúde Pública. 2004; 20 Supl 1:52-62

DINIZ CSG. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto**. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2001

FUSTINONI SM, MERIGHI MAB. **As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social**. In: Merighi MAB, Praça NS, organizadoras. Abordagens teóricometodológicas qualitativas: vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.107-19.

GIUGLIANI ERJ. **Amamentação: como e porque promover**. J Pediatr [Rio de Janeiro] 1994; 70: 138-51

HOGA, L.A.K. **Casa de parto: Simbologia e Princípios Assistenciais**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.57, n.5, p. 537-540, abr. 2004.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. **Partos Domiciliares Planejados Assistidos por Enfermeiras Obstétricas: Transferências Maternas e Neonatais**. Revista Escola Enfermagem - USP, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21, out. 2013.

MABUCHI, A.S.; FUSTINONI, S.M. **O Significado dado pelo Profissional de Saúde para Trabalho de Parto e Parto Humanizado**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.21, n.3, p. 420-426, mar. 2008.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. **Parto Humanizado e tipo de Parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil.** Revista Brasileira de Enfermagem Materno Infantil, Recife, v.11, n.4, p. 415-425, maio/jun2011.

OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M. F. **Vivenciando o Parto Humanizado: Um Estudo Fenomenológico sob a Ótica de Adolescentes.** Revista Escola Enfermagem - USP, São Paulo, v.36, n.2, p. 133-140, ago./set. 2004.

OMS (Organização Mundial de Saúde) **Care in normal birth; a practical guide. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health.** Genebra; World Health Organization 1996.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.** Brasília (DF): A Organização; 2001.

OSAVA, R.H et al. **Caracterização das Cesarianas em Centro de Parto Normal.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.45, n.6, p. 1036-1043, nov.2011.

PROGIANTI JM, MOUTA RJO. **A Enfermeira Obstétrica: Agente Estratégico Na Implantação de Práticas do Modelo Humanizado em Maternidades.** Rev Enferm UERJ. 2009; 17(2):165-9.

REIS, A.E.; PATRICIO, Z.M. **Aplicação das Ações Preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Parto Humanizado em um Hospital de Santa Catarina.** Ciência e saúde coletiva, Santa Catarina, v.10, p. 221-230, mai. 2005.

SILVA, L.M. BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. **Vivenciando a Experiência da Parturição em um Modelo Assistencial Humanizado.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.64, n.1, p. 60-65, jan./fev. 2011.

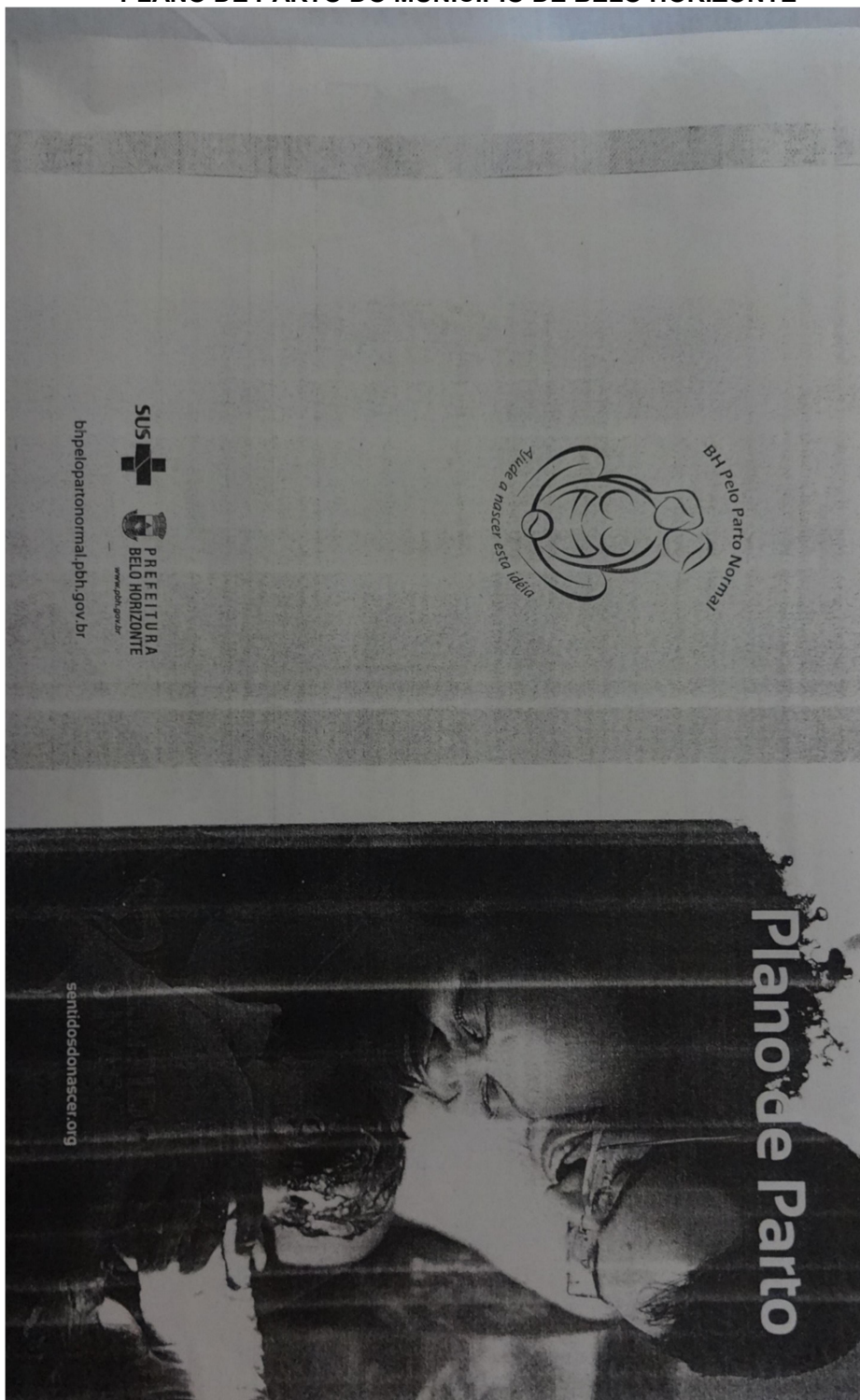
SODRE, T.M. et.Al. **Necessidades de Cuidado e Desejo e Participação no Parto de Gestantes Residentes em Londrina – Paraná – Florianópolis – 2010.** 452 – 460 pag.

TANAKA, ACA. **Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte.** São Paulo (SP): Hucitec; 1995.

ZIELINKSY P. **A gravidez na idade avançada feminina.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 1998

ANEXO A

PLANO DE PARTO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE



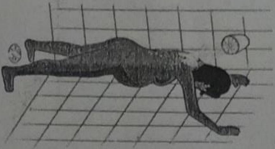
Plano de parto

Para atender suas necessidades no parto é fundamental o registro prévio dos seus desejos e expectativas. O acompanhamento do parto deverá iniciar quando as contrações estão regulares e o colo do útero apresenta-se fino e dilatado. Em caso de perda de líquido ou sangue, mesmo sem contrações, a gestante deve procurar assistência de saúde. Poderá ter o acompanhante que desejar.

1. Acompanhante que deseja durante a internação na maternidade:

- Marido/ parceiro/ pai do bebê Mãe
 Filha (o) Amigos
 Outros familiares Doula
 Nenhum Outros: _____

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pêlos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.



2. Deseja usar supositório de glicerina?

- Sim Não

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesiista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.

3. Métodos para alívio da dor que deseja ter como opção

- Massagens Respiração profunda
 Exercícios de relaxamento com bola do nascimento
 Banho de banheira ou de chuveiro
 Anestesia com medicamentos

Outros: _____

4. Você também pode tomar líquidos para

manter-se hidratada. Líquidos que deseja ingerir:

- Sucos de frutas Chás
 Gelatina
 Outros: _____



5. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com músicas pode ajudar a relaxar e tranquilizar.

- Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.
 Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela mulher.

6. Em qual posição deseja ter o parto?

- Sentada/ Côcoras
 Deitada com cabeceira elevada
 De lado
 Outras: _____

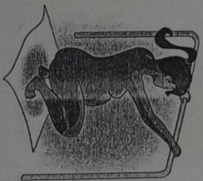


Em poucos casos pode ser necessário o corte da vagina. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

O bebê que nasce bem é secado e mantido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto da mãe durante toda a internação hospitalar.

7. Quanto ao corte do cordão umbilical,

- deseja que seja feito:
 Pelo profissional
 Por você mesma
 Pelo marido/ parceiro/ pai do bebê
 Outros



Após a primeira hora de vida, administra-se vitamina K no músculo da perniha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie e o curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.

9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação à vivência do parto, registre aqui:

APÊNDICE – A

FICHA DE COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome (iniciais):		Data nascimento:	Idade:
Naturalidade:		Nacionalidade:	
Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena		Se indígena, qual etnia:	
Alfabetizada: () Sim () Não	Estudo: () nenhum () fundamental () médio () superior	Anos completos de estudo:	
Situação conjugal: () Casada () União estável () Solteira () Outro, qual:			

2. DADOS OBSTÉTRICOS:

Idade na 1ª gestação:	Nº Gestações:	Nº Abortos:	Nº Partos:
Nº Partos vaginais:	Nº Partos cesáreos:	Motivo da cesárea:	
Nº Nascidos vivos:	Nº filhos vivos:	Nº filhos morreram na 1ª semana:	Nº filhos morreram após 1ª semana:
Nº Nascidos mortos:	Data término da última gestação:	Tempo de amamentação na última gestação:	

3. **PARTOS ANTERIORES** (caso a gestante não tenha tido partos anteriores passe para o item 4):

a) No(s) seu(s) parto(s) anterior(es) você foi informada sobre os procedimentos realizados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto? () Sim () Não

b) Durante sua permanência na maternidade você foi informada que poderia ter um acompanhante, de sua escolha, no trabalho de parto, parto e pós-parto? () Sim () Não

c) Você teve o acompanhante que você escolheu no trabalho de parto, parto e pós-parto? () Sim () Não

d) Se não, por quê?

e) Conte como foi sua experiência no(s) seu(s) parto(s) anterior(es).

f) Conte como foi sua experiência no(s) seu(s) parto(s) anterior(es) com acompanhante.

4. CONHECIMENTO PRÉVIO DAS GESTANTES:**4.1. PARTO HUMANIZADO:**

a) Você já ouviu falar sobre parto humanizado? () Sim () Não

b) Se sim, quem informou e onde?

c) Explique o que você sabe sobre parto humanizado.

4.2. PLANO DE PARTO:

a) Você já ouviu falar em plano de parto? () Sim () Não

b) Se sim, quem informou e onde?

c) Explique o que você sabe sobre plano de parto.

d) Você conhece as fases do trabalho de parto? () Sim () Não

e) Se sim, quem informou e onde?

4.3. TRABALHO DE PARTO:

a) Você poderia descrever o que você sabe sobre as fases do trabalho de parto?

b) Você conhece alguma forma de aliviar a dor durante o trabalho de parto sem ser com medicamentos? () Sim () Não

c) Se sim, quem informou e onde:

d) Você poderia descrever quais dessas formas de alívio da dor você conhece?

e) Você já utilizou alguma dessas formas de alívio da dor em seu trabalho de parto? () Sim () Não

f) Se sim, qual(is)

g) Você conhece as posições que favorecem o parto natural? () Sim () Não

h) Se sim, quem informou e onde?

i) Você poderia descrever quais que você conhece?

j) Qual posição você utilizou no(s) seu(s) parto(s) anteriores?

k) Você foi informada das posições que poderia utilizar durante o parto? () Sim () Não

l) Se sim, quem informou e onde?
