

**UNIVERSIDADE DO CONTESTADO – UnC**  
**FACULDADES SAN MARTIN**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM *DESIGN* DE INTERAÇÃO**

**ALEXANDRE MARCEL ALVES RIBEIRO**  
**BRUNO ANTONIO DUARTE**  
**TERSIS HIRAN ZONATO**

***DESIGN* OBSTÉTRICO**  
**PROJETANDO UMA MELHOR EXPERIÊNCIA NA GRAVIDEZ**

**CURITIBA**  
**2010**

**ALEXANDRE MARCEL ALVES RIBEIRO  
BRUNO ANTONIO DUARTE  
TERSIS HIRAN ZONATO**

***DESIGN* OBSTÉTRICO  
PROJETANDO UMA MELHOR EXPERIÊNCIA NA GRAVIDEZ**

Relatório apresentado como exigência para a obtenção do título de Especialista em *Design* de Interação, das Faculdades San Martin e Universidade do Contestado, sob orientação do professor Érico Fileno.

**CURITIBA  
2010**

## **AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS**

### **Alexandre:**

Dedico à minha família, meus amigos e à todos que colaboraram com este projeto.

### **Bruno:**

Dedico este trabalho à minha família e amigos, em especial à minha mulher Kamila e minha filha Lunna, minha inspiração na vida e neste projeto.

### **Tersis:**

À minha família e amigos, à todos os colegas e professores do Instituto Faber-Ludens, em especial ao Érico Fileno pela orientação, ao Tiago Barros pelo suporte neste projeto e ao Frederick van Amstel por mostrar um novo caminho dentro do *Design*.

*“Toda mulher quer que o bebê nasça saudável. Toda mulher espera ter uma boa experiência de parto quando chega a hora...*

*Nós sabemos que você pode querer mais do que isso: Vivendo o parto e o nascimento como uma experiência transformadora e que habilita a alma humana deve ser o mínimo que qualquer gestante deve aspirar.”*

***Naolí Vinaver López***

## **RESUMO**

Pretende-se neste projeto estudar as interações e os problemas passados pela gestantes, buscando soluções que tornem estas interações entre a gestante e demais envolvidos em experiências que tragam satisfação às necessidades emocionais dela e que tornem seus companheiros mais próximos neste período tão importante na vida de uma mulher.

## **ABSTRACT**

Our intention is to study the interactions and problems that pregnant women have, searching for solutions that make these interactions between her and other people involved in experiences that bring satisfaction to women's emotional needs and that will bring his partner closer to her during this important period in a woman's life.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Pesquisa com a palavra-chave “maternidade” no portal de notícias G1.....	11
Figura 2:	Entrevista à Maria Juracy Aires.....	20
Figura 3:	Peças feita durante atividades lúdicas, com finalidade de registrar as mudanças no corpo das mães.....	21
Figura 4:	Detalhe de uma das peças.....	21
Figura 5:	Técnica do <i>Rebozo</i> .....	22
Figura 6:	Banquinho usado pela parturiente durante o parto de cócoras.....	22
Figura 7:	Atividades no Mater Gaia.....	23
Figura 8:	Reunião presencial.....	26
Figura 9:	Conferência <i>online</i> .....	26
Figura 10:	<i>Keeko</i> .....	27
Figura 11:	<i>Storyboard</i> do vídeo.....	28
Figura 12:	<i>Website</i> <a href="http://keeko.faberludens.com.br">keeko.faberludens.com.br</a> .....	29
Figura 13:	Carrinho de controle remoto com fio.....	30
Figura 14:	Controle de <i>Playstation 2</i> .....	30
Figura 15:	Materiais.....	31
Figura 16:	Ferramentas.....	31
Figura 17:	Protótipo.....	32

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resultado de testes com e sem apoio de <i>doulas</i> nos partos (TRUEBA <i>et al.</i> , 2000).....	18
Tabela 2	Recursos materiais empregados no projeto.....	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

MS:	Ministério da Saúde
OMS:	Organização Mundial de saúde
PHPN:	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1	APRESENTAÇÃO DO TEMA	11
1.2	PROBLEMA	11
1.3	JUSTIFICATIVA	12
1.4	OBJETIVOS	12
1.4.1	OBJETIVO GERAL	12
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>14</b>
2.1	<i>DESIGN</i> DE INTERAÇÃO E <i>DESIGN</i> EMOCIONAL	14
2.2	O PARTO HUMANIZADO	14
2.3	<i>DOULAS</i>	17
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
3.1	ENTREVISTAS COM MÃES	19
3.2	ENTREVISTA COM UMA <i>DOULA</i>	20
3.3	ENCONTRO NO <i>MATER GAIA</i>	22
<b>4</b>	<b>CONCEITUAÇÃO</b>	<b>24</b>
4.1	IDÉIAS INICIAIS	24
4.1.1	AMBIENTE	24
4.1.2	GERADOR DE IMAGENS	24
4.1.3	CADEIRA	24
4.1.4	REGISTRO DO NASCIMENTO	24
4.1.5	MOTIVOS DE ENJÔO	24
4.1.6	DUELO BEBÊ/PAPAI	25
4.1.7	CRESCENDO E APRENDENDO	25
4.1.8	CAMISETA DO NASCIMENTO	25
<b>4.2</b>	<b><i>DESIGN</i> PARTICIPATIVO</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DA IDÉIA</b>	<b>27</b>
4.3.1	VÍDEO	28
4.3.2	<i>WEBSITE</i>	29
4.3.3	PROTÓTIPO	29
<b>5</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>33</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>34</b>
	<b>ANEXO 1</b>	<b>36</b>
	<b>ANEXO 2</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A gestação é o início da vida. Muitas das tecnologias criadas para o acompanhamento médico e a manutenção da saúde durante esse período não substituíram o contato humano que a gestante necessita, em especial de seu companheiro.

Durante a realização do projeto, em conversas e entrevistas com gestantes e mães, o tema mais recorrente foi a necessidade emocional que a mulher tem (e nem sempre é correspondida) da presença e do apoio do companheiro.

O dia-a-dia e as pesquisas mostram que esse apoio é fundamental especialmente para a mulher que deseja o parto natural, na maioria dos casos mais saudável para ela e para o bebê.

Pensar no meio pelo qual seja reforçada essa interação foi o objetivo principal deste projeto, onde tecnologias relativamente simples são usadas para aproximar de forma lúdica outras pessoas, especialmente o genitor, das sensações e ligações emocionais da mãe e do bebê, reforçando nas mentes de ambos a sua parcela de responsabilidade sobre a nova vida que está sendo gerada.

### 1.2 PROBLEMA

A tecnologia facilitou muitas coisas, mas ao mesmo tempo reduziu a saúde física e emocional das pessoas, empobreceu as relações humanas, além de distanciar os aspectos naturais e as tradições.

Ao observar o cenário atual, é possível perceber que a mídia está focada em situações que tornam a gravidez e o trabalho de parto algo negativo (Figura 1).



Figura 1: Pesquisa com a palavra-chave “maternidade” no portal de notícias G1

Questões como tratamentos desumanos e frios nas maternidades, número reduzido de vagas para atendimento, falta de acompanhamento no pré-natal e o alto índice de cesarianas nos hospitais, resultam em ansiedade e pressão psicológica na gestante.

Durante as décadas de 40 a 60, haviam práticas de sedar a parturiente, que inconsciente não precisaria de apoio emocional. Porém com as mudanças no processo, as mulheres voltaram à consciência no decorrer do parto, passando a demandar apoio emocional. (ROTHMAN, 1992; ENKIN, 2000 *apud* DINIZ, 2001).

Existe alguma forma de aliviar a solidão da gestante? É possível utilizar o *Design* de Interação para aproximar as pessoas no período de nove meses de gestação? Através dele, é possível apoiar o lado emocional da mulher?

### **1.3 JUSTIFICATIVA**

No cenário atual há um mito sobre o parto, envolvendo o medo e a ansiedade. A prática da cesariana tem se tornado mais frequente, onde a grande maioria ocorre sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto, aumentando as chances de retirar o feto do útero ainda em estado prematuro.

Há uma necessidade de reverter esse quadro, buscando estratégias não só no momento do parto, mas durante o período de gravidez. Ainda na década de 80, surgiu um movimento mundial visando a humanização do parto, buscando valorizar o ser humano e os cuidados para com o mesmo. A presença do pai tornou-se aceitável em alguns serviços privados durante o processo de parir.

A natureza da gravidez e do parto é muito emocional e pessoal. Para a mulher, estar de alguma forma acompanhada nesse processo, exige confiança nas pessoas que participam e tem um imenso valor psicológico para ela.

O *Design* de Interação pode intervir nesse momento para buscar uma mudança cultural, provendo interações entre o casal para aumentar a sensação de responsabilidade de ambos para com o bebê que se forma.

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1 OBJETIVO GERAL**

Utilizar os recursos tecnológicos e metodológicos do *Design* de interação para a proposição de uma nova experiência durante a gravidez. Uma experiência que inte-

gre a mulher, seu marido, família e amigos de uma maneira totalmente nova.

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- I. Definir quais são os principais problemas na relação pai/mãe durante a gestação: o que mais os incomoda enquanto agentes desta relação.
- II. Localizar quais são os principais pontos em comum no relato das pessoas.
- III. Feita esta análise, iniciar um trabalho de *brainstorming* para propor soluções que contemplem a satisfação de todos. Como apoio, entrevistar agentes secundários, como por exemplo as *doulas*, para dar suporte e obter conhecimento específico.
- IV. Comparar se as ideias propostas atingem o objetivo geral de forma clara e direta e se estas soluções podem se tornar viáveis e interessantes a todos os agentes envolvidos.
- V. Prototipar a ideia que mais se aproxima do objetivo e testar com uma gestante para validação do público-alvo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 *DESIGN* DE INTERAÇÃO E *DESIGN* EMOCIONAL

O *Design* de Interação é uma área reconhecida no mercado há pouco tempo, porém há séculos as pessoas vem desenvolvendo interações. Segundo Kolko (2007), essa área profissional não está limitada a criação de *websites*, multimídias ou interfaces e nem tem como foco o uso de tecnologias avançadas: é criar um diálogo entre uma pessoa e um produto, sistema ou serviço, onde esse diálogo é físico e emocional, manifestado em forma, função e tecnologia.

Através da linguagem visual e semântica, o *designer* deve criar um projeto que auxilie o espectador não apenas em experimentar uma emoção especial, mas também em compreender verdadeiramente o conteúdo. (KOLKO, 2007).

Psicologia, sociologia e outras áreas de pesquisa das ciências humanas devem ser incorporadas ao conhecimento para realizar objetivos e solucionar necessidades. O *Design* deve alcançar níveis cognitivos e criar experiências sensoriais, emocionais e intelectuais.

*Marketing* e *design* são essenciais na criação de uma atmosfera emocional em torno de um produto. Destina-se a fornecer os sentimentos para os usuários. Quanto mais esses sentimentos são aproximados da emoção e da personalidade do usuário, melhor. (SAARILUOMA, 2007).

Desta forma, o *Design* de Interação é fundamental para gerarmos soluções, pois conforme esclarecido por Preece *et al.* (2007), o *Design* de Interação investiga o uso de artefatos e domínios-alvo a partir de uma abordagem centrada no usuário, o que significa que as preocupações deste direcionam o desenvolvimento mais do que as preocupações técnicas.

Estas soluções, voltadas para a mãe e seu companheiro, visam justamente uma melhor experiência durante a preparação para o nascimento, apoiando o conceito de parto humanizado.

### 2.2 O PARTO HUMANIZADO

A cesariana é um recurso que surgiu como forma de resolver situações de risco, tanto para a gestante quanto para o feto, tornando-se uma conquista fundamental

para a obstetrícia moderna. Porém na década de 70, a cesariana passou a ser utilizada de forma abusiva em vários países do continente americano (BOTTOMS *et al.*, 1981; FAUNDES *et al.*, 1991; *apud* DIAS, 2008).

O ambiente impessoal dos hospitais e a presença de um grande número de pessoas desconhecidas em um momento tão importante e íntimo da mulher, tende a aumentar o medo, a dor e a ansiedade. Num cenário atual favorável à cesariana, as mulheres acabam cedendo à pressão por ordem cultural e submetem-se à essa prática cirúrgica, indo contra às iniciativas do Ministério da Saúde que busca a redução dessas taxas no Brasil. Sobre o modelo médico-tecnológico, Domingues (2008) afirma “com enfoque predominante do parto como ‘risco potencial’, com utilização intensiva de novas tecnologias”. Em outro extremo há o modelo natural, onde dá-se foco ao ser humano e onde o parto é visto como um evento fisiológico. Normalmente ocorrem em domicílios por profissionais não médicos e com o mínimo de intervenções. Há também o modelo que alguns autores chamam de parto humanizado, que é uma fusão dos modelos citados: geralmente ocorre em hospitais, mas com suporte de profissionais não médicos que buscam aproximar a gestante de seus familiares, buscando também uma melhor experiência.

A discussão sobre humanização é de certa forma uma versão brasileira, ou latino-americana, daquilo que nos países de língua inglesa é chamado movimento por um “*gentle birth*”, “*respectful birth*”, entre outros termos mais imediatamente referidos ao cuidado na relação pessoal. Ou daquilo que em muitos contextos é referido com termos aparentados, como o “*natural childbirth*” e suas muitas variações, herdeiros da tradição menos ou mais crítica da assistência, do parto psicoprofilático de Dick-Read e de Lamaze na década de 50, do método Bradley (“*husband-coached birth*”), que já trazia na década de 60 o papel crucial do pai como acompanhante e do nascimento como evento familiar. (DINIZ, 2001, p. 24).

Um ponto importante na questão do parto humanizado é a inclusão do pai no processo de parir e a valorização do recém-nascido. Tornquist (2007) observa as propostas de décadas anteriores, de parto natural e casal grávido, onde haveria a participação de ambos na criação do filho, bem como antes, durante e após o parto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem desde a década de 70 desenvolvendo recomendações para proporcionar cuidados adequados à mulher, considerando aspectos psicológicos e sociais envolvidos na gestação e no parto. A partir da década de 90, a OMS passou a divulgar documentos que classificam os procedimentos de rotina em quatro categorias:

- A. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C. Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto; e
- D. Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.

Em 2001, o Ministério da Saúde adota recomendações da OMS, incluídas como anexo, em português, demonstrando a importância da humanização na assistência obstétrica. O Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN) desenvolvido pelo MS, busca um melhor atendimento e a relação interpessoal entre os profissionais de saúde e os pacientes, garantindo o direito de um atendimento digno à parturiente e ao recém-nascido.

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 atitudes éticas e solidárias 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 procedimento sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Visando apoiar a humanização do parto por meio de apoio psicológico e emocional às futuras mães e aos futuros pais, surgiu um movimento um movimento de teor voluntário: as *doulas*.

### 2.3 DOULAS

Segundo Diniz (2001), na década de 80 surgiram as *doulas*, que serviam de apoio no trabalho de parto. Elas eram vistas como possíveis redutoras de custos e tinham o papel específico de proporcionar suporte físico, emocional e social.

A palavra “*doula*” vem do grego “mulher que serve”, na antigüidade clássica definida como uma forma de assistência feminina ao parto de caráter ritualístico. São diferentes de acompanhantes, pois participam ativamente; e são diferentes das parteiras, pois dão assistência à parturiente e não ao parto. Possuem tarefas definidas, dentre elas estão: ajudar a caminhar e mudar de posição, encorajar o lado emocional da mulher, ajudar com a respiração, com o banho e com o início da amamentação na sala de parto.

“O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança” (WHO, 1996 *apud* DINIZ, 2001).

De acordo com o site oficial *Doulas do Brasil*, as atividades das *doulas* estão divididas em:

“Antes do parto ela orienta o casal sobre o que esperar do parto e pós-parto. Explica os procedimentos comuns e ajuda a mulher a se preparar, física e emocionalmente para o parto, das mais variadas formas.

Durante o parto a *doula* funciona como uma interface entre a equipe de atendimento e o casal. Ela explica os complicados termos médicos e os procedimentos hospitalares e atenua a eventual frieza da equipe de atendimento num dos momentos mais vulneráveis de sua vida. Ela ajuda a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento, etc.

Após o parto ela faz visitas à nova família, oferecendo apoio para o período de pós-parto, especialmente em relação à amamentação e cuidados com o bebê” (*DOULAS DO BRASIL*).

Em estudo realizado por Trueba *et al.* (2000), as *doulas* ajudaram as mulheres de forma incondicional, onde essas relataram uma grande satisfação profissional. As mães agradeceram o apoio das *doulas* e relataram que sua assistência foi muito útil. As estatísticas da pesquisa (tabela 1) apontam uma diferença significativa nos partos com suporte de *doulas*, como uso reduzido de Pitocina e Epidurais, além de diminuir a média de trabalho de parto em horas:

	<b>COM APOIO DE DOULAS</b>	<b>SEM APOIO DE DOULAS</b>
Número	50	50
Pitocina foi utilizada	21	48
Epidurais foram utilizados	4	16
Média de trabalho de parto	14,5hs	19,38hs
Cesariana	1	12

Tabela 1: Resultado de testes com e sem apoio de *doulas* nos partos (TRUEBA *et al.*, 2000).

### 3 METODOLOGIA

O principal método utilizado no desenvolvimento do projeto foi a entrevista, onde inicialmente conversamos com mulheres que já haviam passado pelos momentos de gestação e parto. Posteriormente entrevistamos *doulas* e participamos de alguns encontros onde são realizadas atividades para preparação psico-corporal para o parto. Por fim, utilizamos o método do *design* participativo para complementar as idéias que estavam sendo trabalhadas pela equipe.

#### 3.1 ENTREVISTAS COM MÃES

As entrevistas foram iniciadas de modo informal entre três mães, sendo: uma gestante (Mulher A), uma mãe de filho em idade escolar (Mulher B) e uma terceira mãe, já senhora, com filhos adultos (Mulher C). A senhora, neste caso, é a mãe da mulher em gestação. Todas preferiram não se identificar.

A primeira pergunta foi relacionada aos enjôos: quando o tinham, com que frequência e o que faziam para evitá-los. Para a Mulher A os enjôos começaram a partir do segundo mês. Ela ainda relatou que antes de engravidar comia, lanches, pizzas e salgadinhos, mas que depois da gravidez passou a ter enjôo de todas essas coisas.

“Eu comecei a ter enjôos no segundo mês, principalmente de manhã. Então pra evitar os enjôos eu acordava tarde (risos)”. (Mulher A).

“Eu dormia com um pacote de bolacha de água e sal do lado da cama. Todo dia de manhã antes de levantar eu comia uma bolachinha, por que isso me evitava o enjôo”. (Mulher C).

A segunda pergunta foi relacionada ao bem-estar da gestante: como se sentiam, se havia muitos incômodos, dores, etc. A Mulher B mencionou várias vezes que se sentia como uma “pata”, andando de forma desengonçada devido ao aumento de tamanho do quadril e o deslocamento do peso do corpo para a frente. A Mulher A também falou sobre a mudança corporal, onde não conseguia se adaptar aos ambientes.

“Não conseguia me sentir confortável em lugar nenhum, precisava de várias almofadas pra poder me sentir apoiada no sofá”. (Mulher A).

A terceira pergunta foi referente a participação de seus parceiros durante a gravidez. A Mulher C relatou que durante quase todo o período de gravidez de seu primeiro filho, seu marido estava ausente devido às obrigações da carreira militar. Ela

sentia muita falta de um companheiro por perto para ajudá-la e apoiá-la. Uma experiência muito semelhante foi vivida pela Mulher A cujo marido morava em outro estado: suas visitas eram pouco frequentes e a relação se dava basicamente pelo uso de ferramentas interativas de *internet* como *Orkut*, *Instant Messenger* e telefone.

### 3.2 ENTREVISTA COM UMA DOULA

A entrevista tinha como objetivo investigar o trabalho realizado pelas *doulas*, descobrir os problemas e dificuldades do período de gestação e a relação das gestantes com a tecnologia.

Entrevistamos Maria Juracy Aires, psicóloga e arte-terapeuta com certificação *Doulas* do Brasil. Ela realiza atendimento clínico individual, para casais ou grupos, oferece cursos para gestantes, prepara e acompanha o parto hospitalar ou domiciliar, além de oferecer acompanhamento pós-parto em domicílio, ajudando a formação do vínculo mãe/bebê.



Figura 2: Entrevista à Maria Juracy Aires

A *doula* explicou as técnicas que utiliza nos encontros, que vão desde orientações de métodos não farmacológicos de alívio da dor, massagens e até artes que buscam formas de expressar sentimentos e aliviar o estresse. Observamos uma atividade lúdica muito interessante onde a mulher registra o tamanho de sua barriga através de uma peça que ela mesma decora de forma artística (figuras 3 e 4).



Figura 3: Peças feitas durante atividades lúdicas, com finalidade de registrar as mudanças no corpo das mães



Figura 4: Detalhe de uma das peças

Conhecemos métodos tradicionais ensinados pela parteira mexicana Naolí Vinaver López, como o *Rebozo* (figura 5): um tecido simples que através das técnicas corretas auxilia no relaxamento da parturiente e permite mudar a posição o bebê ainda no útero.



Figura 5: Técnica do *Rebozo*

Conversamos também sobre outros métodos de parto, como o vertical e o de cócoras. Tivemos primeiro contato com esses métodos em pesquisa inicial sobre formas tradicionais de parto executadas ainda hoje. A entrevistada mostrou um banquinho (figura 6) feito em material plástico usado em partos de cócoras, um objeto simples que tende a ajudar o processo de forma objetiva.



Figura 6: Banquinho usado pela parturiente durante o parto de cócoras

### 3.3 ENCONTRO NO MATER GAIA

Depois do encontro com a *doula*, descobrimos também o Mater Gaia - Grupo de apoio a gestação, parto e maternidade conscientes, que é um grupo que promove

atividades e acompanha o casal desde o momento da decisão e tentativas para engravidar, até a gestação, parto e primeira infância do bebê. De acordo com o site:

Buscamos através deste trabalho encorajar as mulheres e seus parceiros para os benefícios de um parto natural, preparando-os para à jornada de co-criação que começa desde a concepção e culmina com o parto. Acreditamos que uma mulher mais informada pode decidir como vai querer seu parto, reivindicar seus direitos, trabalhar suas dificuldades e preparar corpo e alma para a chegada do seu filho. (MATER GAIA).



Figura 7: Atividades no Mater Gaia

Participamos de dois encontros do Curso de Gestantes, ambos realizados através das profissionais Cristina Trevisol e Silva, naturoterapeuta, formada em *doula* e massoterapia; e Mary Annie Pereira, psicóloga clínica, especializada em psicologia corporal, formada em *doula* e capacitada em massagem psicoterapêutica. Neles, pudemos assistir alguns documentários e conversamos sobre a questão da gestação e maternidade.

Um vídeo interessante que assistimos foi o de Naolí Vinaver López uma parteira de Xalapa em Vera Cruz, sul do México. Em seu parto, o pai participou e chegou a sentir cada momento. O vídeo mostra o parto em sua própria casa, dentro da banheira onde o marido acompanhou todo o processo junto com ela. Após o nascimento, seus outros dois filhos também entraram na banheira.

## **4 CONCEITUAÇÃO**

### **4.1 IDÉIAS INICIAIS**

Para relatar a trajetória do projeto, iremos expor as idéias iniciais, visando justificar a opção escolhida. Elas foram desenvolvidas como pré-projetos, antes de haver uma fusão de equipes para a elaboração de um projeto único.

#### **4.1.1 AMBIENTE**

Esta primeira idéia visava criar um dispositivo, que acoplado ao corpo da mulher, registrava suas alterações fisiológicas e trazia um *feedback* no ambiente onde a gestante se localizava. Ex: Ao aumentar a temperatura do corpo, mudaria também a luz do quarto; ao aumentar o batimento cardíaco, o som seria amplificado para o ambiente, etc.

Essas mudanças no ambiente proporcionariam um melhor entendimento dos sentimentos e variações corporais da mulher.

#### **4.1.2 GERADOR DE IMAGENS**

Seguindo proposta anterior (4.1.1), pensamos em um dispositivo que gerasse imagens abstratas que pudessem transmitir os sentimentos da mulher.

#### **4.1.3 CADEIRA**

Uma das principais queixas das gestantes é relacionada a falta de um ambiente que se moldasse ao seu corpo. Pensando nisso imaginamos uma “cadeira” produzida com algum tipo de material que fosse de fácil manipulação. A mulher poderia moldá-la (como uma massa de modelar) deixando-a na forma que se sentisse mais confortável.

#### **4.1.4 REGISTRO DO NASCIMENTO**

Uma câmera junto à barriga da mulher seria responsável por captar imagens dos ambientes sempre que o bebê desse um chute: uma forma de criar um registro fotográfico associado às interações do bebê com sua mãe.

#### **4.1.5 MOTIVOS DE ENJÔO**

Pensamos em um banco de dados de motivos de enjôo. Neste ambiente as

mulheres poderiam escrever sobre comida/bebidas ou atividades que lhes causam enjôo. O sistema compararia com outras respostas do banco de dados, procurando estabelecer padrões, que poderiam ser apresentados com recomendações. Ex. “De cada 10 Mulheres que sentiram enjoo de sorvete durante a gravidez, 7 gostavam de tomar caldo de feijão”.

#### **4.1.6 DUELO BEBÊ/PAPAI**

Para cada chute do bebê seria disparado um *SMS* ou *tweet* para o perfil do pai. O pai, já avisado, deveria se apressar para realizar algum desejo da mãe. Um jogo lúdico de pontos para integração da futura família.

#### **4.1.7 CRESCENDO E APRENDENDO**

Existem recomendações de atividades e dietas que a mulher deve seguir durante a gravidez, porém nem todas as fazem. Buscando conscientizar e incentivar a futura mãe, foi pensando em um ambiente onde a mulher fosse envolvida em uma dinâmica de *badges*: representações através de insígnias. Para cada recomendação seguida, um *badge* seria atingido e uma etapa seria avançada neste ambiente.

#### **4.1.8 CAMISETA DO SENTIMENTO**

Um par de camisetas vestidas pelo casal se comunicaria através de sensores de calor, movimento, luz, etc. O objetivo é fazer com que o casal se comunique a distância através do uso das camisetas, interagindo com ações e *feedbacks* lúdicos.

### **4.2 DESIGN PARTICIPATIVO**

O *design* participativo é uma metodologia que busca agregar valor aos produtos e serviços através da participação dos usuários, fazendo com que eles opinem ativamente no desenvolvimento das ideias e definição das características principais.

Para esse processo, fizemos uma reunião presencial com a *doula* Maria Juracy Aires, juntamente com outras pessoas através de uma conferência *online* no *Skype*, onde pudemos apresentar e discutir as ideias que havíamos desenvolvido até então.



Figura 8: Reunião presencial

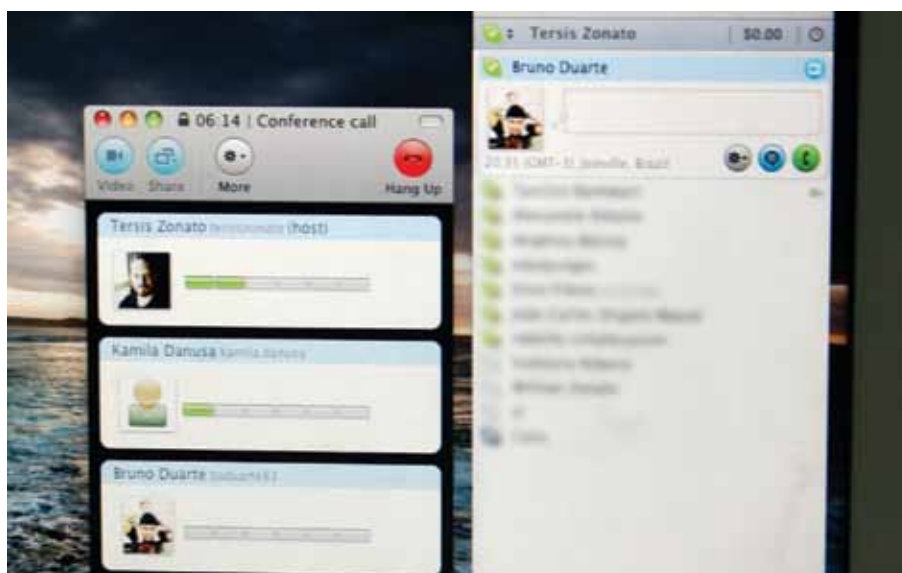


Figura 9: Conferência *online*

Um dos pontos mais abordados foi a inclusão do pai durante o período de gestação e a importância do suporte que ele pode oferecer, ponto que foi observado também em nossas pesquisas, onde vários autores falam da inserção do genitor como principal acompanhante no cenário do parto.

“Os pais foram incentivados a participação em aulas de pré-natal e a estar presente na sala de parto.” (STEIN *et al.*, 2004).

As ideias foram aprovadas pelas pessoas que participaram, havendo algumas sugestões para inclusão do pai nos dispositivos que idealizamos.

### 4.3 DESENVOLVIMENTO DA IDÉIA

Após 3 meses de imersão percebemos que o produto/serviço havia crescido em importância dentro de nossos pensamentos. A união das diferentes vertentes, filosofias e métodos do *Design* de Interação com um pensamento de humanização da gravidez não só parecia cada dia mais possível, como necessário.

O ponto culminante para esta percepção positiva foi a oficina de *design* participativo promovida com a *doula* Maria Juracy e a participação *online* de outros dois integrantes, sendo um deles uma enfermeira e mãe. Nesta foram apresentados todas as ideias discutidas até então. No momento da discussão surgiu a idéia definitiva que apresentamos abaixo.

Um dos momentos mais espetaculares da gravidez é a sensação de perceber o bebê chutando a barriga da mãe pois é uma manifestação da vida, antes do nascimento. Essa é uma sensação empolgante, porém é sentida quase sempre somente pela mãe: normalmente é através de um aviso que o bebê está chutando que outras pessoas se aproximam para sentir.

E se não houvesse a necessidade desse aviso da mãe? E se a sensação do chute do bebê fosse tão inesperada e mágica para as outras pessoas, como é para a mãe? Pensando nisso, apresentamos *Keeko*.



Figura 10: *Keeko*

*Keeko* é uma cinta medicinal que contém sensores de movimento capazes de registrar uma escala específica de vibrações na barriga da mãe relacionada com o chute de bebê. Cada registro desses é processado e enviado para uma outra cinta, que pode ser usada por qualquer pessoa próxima a mãe. Esta segunda cinta recebe as vibrações praticamente em tempo real e, através de atuadores, simulam o chute do

bebê dado na barriga da mãe.

Essa capacidade de estender a sensação do chute da criança à outras pessoas, visa as aproximar da mãe, por compartilharem um momento tão especial, mesmo que de forma simulada. Importante frisar que essa aproximação está focada especialmente no pai ou companheiro, pois segundo as mães entrevistadas, essa participação nos eventos da gestação é fundamental para que a mulher se sinta segura e emocionalmente mais estável.

### 4.3.1 VÍDEO

Como forma de demonstrar o uso do protótipo, criamos um vídeo para simular a interação. Apresentamos o *storyboard* abaixo (Figura 11).

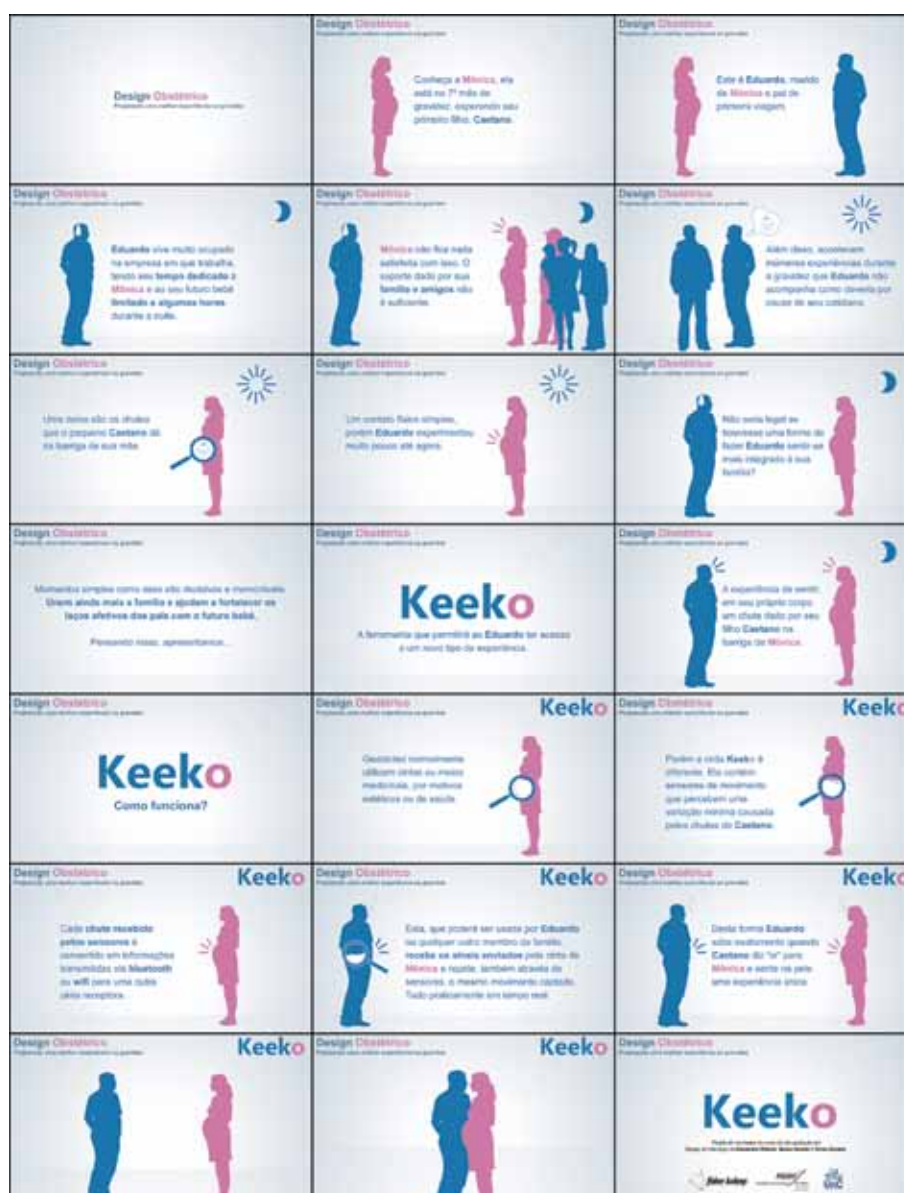


Figura 11: Storyboard do vídeo

### 4.3.2 WEBSITE

Desenvolvemos também um *website* para divulgar o projeto. Nesse constam informações básicas sobre a experiência da gravidez, o cenário atual (buscando contextualizar o problema) e a apresentação da proposta utilizando o vídeo, textos explicativos e um diagrama de interação.



Figura 12: Website [keeko.faberludens.com.br](http://keeko.faberludens.com.br)

### 4.3.3 PROTÓTIPO

Após a escolha dos materiais, baseada no conceito *Keeko*, visitamos lojas de componentes eletrônicos locais, porém essas não possuíam os dois principais componentes: os sensores, que captariam os chutes dos bebês e os micromotores de vibração de celular, que refletiriam os chutes para a outra cinta.

Em substituição aos sensores, compramos um brinquedo para retirar as peças que substituiriam os sensores: um carrinho de controle remoto com fio, onde um dos botões invertem o sentido do movimento do carro (ré).



Figura 12: Carrinho de controle remoto com fio

Para substituir os micromotores, compramos um *joystick* para *Playstation 2* e retiramos dele dois micromotores.



Figura 13: Controle de *Playstation 2*

Com os principais componentes devidamente substituídos, compramos o restante dos materiais: elástico para roupas para fazer os dois cintos (sensor para a mãe e receptor para o pai); *leds*, para que fique visível a quem esteja assistindo a apresentação a uma certa distância perceber que o aparelho está em funcionamento, já que seu objetivo é tátil e não visual; cola e linha para fixar as peças prontas no elástico e os velcros nestes; pilhas, solda, conectores e fios para as ligações elétricas: o conceito Keeko é de utilizar comunicação sem fios mas, devido aos custos e o pouco tempo

para produção do protótipo, a ligação foi mantida por fios.

Antes da montagem do protótipo fizemos um teste na casa do professor Érico Fileno, também contando com a presença e a ajuda do professor Tiago Barros (estes foram nossos professores de Prototipação I e II, respectivamente).

O primeiro protótipo foi montado com 4 pilhas, 2 *leds*, o sistema de botões retirados do carrinho e os dois micromotores. Os resultados foram positivos: em menos de 20 minutos já tínhamos a base para o protótipo, onde os dois botões funcionam como acionadores dos micromotores.

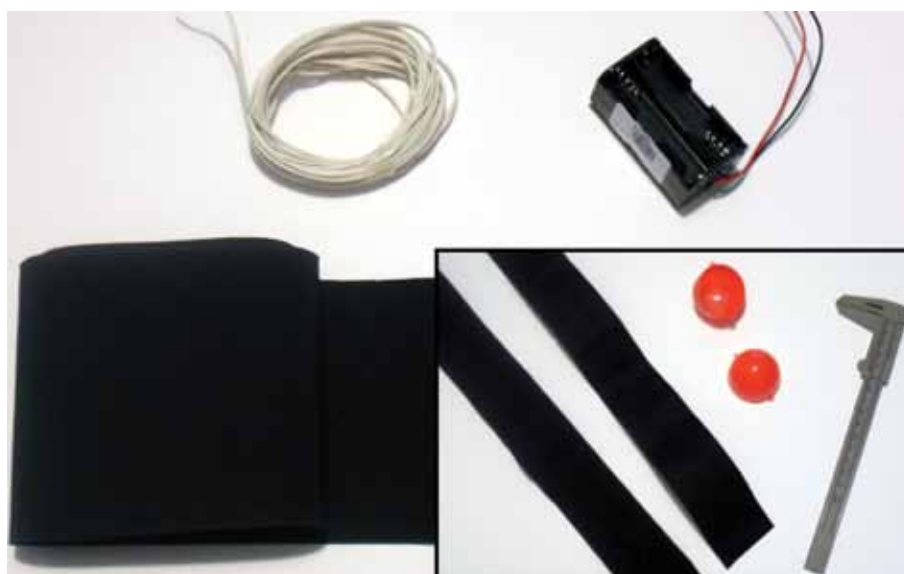


Figura 14: Materiais



Figura 15: Ferramentas

No protótipo atual, o botão à esquerda no cinto da mãe aciona o motor à esquerda no cinto do pai. Isso já suficiente para quem usa e para quem assiste entender

o funcionamento do aparelho.

Para o produto final, vários sensores no cinto da mãe captariam a posição do chute, acionando o micromotor no cinto do pai na posição equivalente à transmitida.



Figura 16: Protótipo

## 5 RECURSOS

MATERIAL	QUANTIDADE	PREÇO UN. (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
Elástico L 10cm	2 metros	4,50	9,00
Carro controle remoto	1 unidade	10,00	10,00
Fio	2 metros	0,30	0,60
Suporte 4 pilhas	1 unidade	1,60	1,60
Led	2 unidades	1,00	2,00
Jack P4	1 unidade	3,90	3,90
Plug P4	1 unidade	1,60	1,60
Velcro M/F	1 unidade	1,60	1,60
Joystick Playstation 2	1 unidade	25,00	25,00
Nariz de palhaço	1 pacote	1,99	1,99
Cola quente*	-	-	-
Solda*	-	-	-
Linha*	-	-	-
		<b>TOTAL</b>	<b>65,69</b>

Tabela 2: Recursos materiais empregados no projeto

\* Materias não tiveram valor considerado, pois já tínhamos esses materiais antes da montagem do protótipo.

## REFERÊNCIAS

BOTTOMS, S. F.; ROSEN, M. G.; SOKOL, R. J. *Increase in the Cesarean Birth Rate and its Implications for the Practice of Obstetrics. Advances in Clinical Obstetrics and Gynecology, Volume 1* (Howard J. Osofsky editor). p.115-132, Williams & Wilkins, Baltimore/London, 1981.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar**. - Rio de Janeiro: ANS, 2008, p13-26. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_parto\\_web.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2010.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo: USP, 2001. Originalmente apresentada como tese, Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>> Acesso em: 19 out. 2010.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; RATTO, Kátia Maria Netto. Favorecendo o parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar**. - Rio de Janeiro: ANS, 2008, p-27-51. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_parto\\_web.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2010.

**Doulas do Brasil**. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br>>. Acesso em: 05 out. 2010.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. **A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação**. Cad Saúde Pública, 7:150-173, 1991. Disponível em: <[http://www.sociologia.ufsc.br/npms/carmen\\_susana\\_tornquist.pdf](http://www.sociologia.ufsc.br/npms/carmen_susana_tornquist.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2010.

KOLKO, Jon. **Thoughts on Interaction Design**. Brown Bear, LLC. 2007.

LARGURA, Maria. **A Assistência ao Parto no Brasil**. São Paulo, 2000 - 2a edição.

LÓPEZ, Naolí Vinaver. **Luz de Luna: Parto y Nacimiento Natural**. Disponível em: <<http://www.nacimientonatural.com/Naoli-Vinaver/Bienvenida.html>>. Acesso em: 05 out. 2010.

**Mater Gaia - Grupo de apoio a gestação, parto e maternidade conscientes**. Disponível em: <<http://www.matergaia.com.br/>>. Acesso em: 05 out. 2010.

Mater Gaia - Grupo de apoio a gestação, parto e maternidade conscientes. **Plano de Parto**.

NORMAN, Donald A. **Design Emocional - Porque adoramos (ou detestamos) os objetos do dia-a-dia**. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

Organização Mundial de Saúde. **Recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde) no Atendimento ao Parto Normal**. Disponível em <<http://www.desper-tardoparto.com.br/Home/Recomenda%C3%A7%C3%B5esdaOMSparaopartonormal/tabid/374/Default.aspx>> Acesso em 14 de outubro de 2010>.

PREECE, Jennifer; ROGERS, Yvone; SHARP, Helen. **Design de Interação - Além da Interação Homem-Computador**. 2007.

SAARILUOMA, Pertti. *Explanatory frameworks for interaction design*. **Future Interaction Design**. Springer-Verlag London Limited. 2005.

STEIN, Martin T.; KENNEL, John H.; FULCHER, Ann. **Benefits of a Doula Present at the Birth of a Child. Pediatrics**. 2004. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/5/S2/1488>>. Acesso em: 29 set. 2010.

TRUEBA, Guadalupe; CONTRERAS, Carlos; VELAZCO, Maria Teresa; LARA, Enrique García; MARTÍNEZ, Hugo B. **Alternative Strategy to Decrease Cesarean Section: Support by Doulas During Labor. The Journal of Perinatal Education**. Vol. 9, No. 2, 2000, p8-13. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595013/>>. Acesso em: 29 set. 2010.

World Health Organization. **Care in Normal Birth: A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit**. Geneva: WHO, 1996.

## **ANEXO 1**

### **RECOMENDAÇÕES DA OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE) NO ATENDIMENTO AO PARTO NORMAL**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

#### **CATEGORIA A:**

#### **PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS**

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto, e ao longo deste último;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis, durante todo o trabalho de parto e parto;
- Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da

- placenta;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
  - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
  - Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo por meio do uso do partograma da OMS;
  - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
  - Condições estéreis ao cortar o cordão;
  - Prevenção da hipotermia do bebê;
  - Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno;
  - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;

**CATEGORIA B:  
PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER  
ELIMINADAS**

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- Esforço de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto;
- Massagem e distensão do períneo durante o 2º estágio do trabalho de parto;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no 3º estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no 3º estágio do trabalho de parto;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto;

**CATEGORIA C:****PRÁTICAS EM RELAÇÃO AS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO**

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto;
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto;
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Estimulação do mamilo para estimular as contratilidades uterina durante o 3º estágio do trabalho de parto.

**CATEGORIA D:****PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO**

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
- Monitoramento eletrônico fetal;
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;

- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Exploração manual do útero após o parto.

## ANEXO 2

### O PLANO DE PARTO

Questões relacionadas com as rotinas hospitalares na admissão ao parto:

- Gostaria que não me realizassem enema (clister)
- Prefiro que me realizem enema
- Gostaria que apenas me realizassem tricotomia (raspagem dos pelos), se for necessária na altura da expulsão
- Gostaria que me realizassem tricotomia (raspagem dos pelos) parcial logo na admissão
- Uso de suíte de parto ou a mesma cama para o trabalho de parto e parto.

Gostaria que me acompanhasse durante o trabalho de parto:

- meu companheiro
- um parente
- um(a) amigo(a)
- a minha Doula
- ninguém

Questões relacionadas com o trabalho de parto:

- Presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o parto, da admissão ao nascimento
- Gostaria de ter liberdade de movimentos durante esta fase
- Liberdade de caminhar
- Uso da água no trabalho de parto (ducha, banheira, ...)
- Gostaria de poder beber líquidos e comer durante o trabalho de parto
- Gostaria de receber ao mínimo o número de exames vaginais
- Gostaria de ter musica ambiente no quarto
- Gostaria de ter o máximo silêncio no quarto
- Gostaria de ter luz suave no quarto
- Gostaria que não me rompessem artificialmente as membranas (bolsas)

Questões relacionadas com a gestão da dor:

- Medicação para alívio da dor administrada apenas quando solicitado por você, e com informações completas sobre possíveis efeitos sobre você, o bebê e o trabalho de parto
- Gostaria que me fosse administrada epidural, mais para o fim do trabalho de parto

- Gostaria que me fosse administrada epidural, o mais cedo possível
- Gostaria de poder utilizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor (bola, massagens, terapia frio/calor)
- Pitocina ou drogas de efeito similar para indução ou aceleração do trabalho de parto apenas sob necessidade médica.

Questões relacionadas com a fase de expulsão:

- Gostaria de poder usar os meus óculos
- Gostaria de poder escolher a posição mais confortável para parir
- Gostaria de poder tocar a cabeça do meu bebê, assim que ele coroar

Questões relacionadas com a episiotomia:

- Gostaria de não ser submetida a episiotomia
- Gostaria de ser submetida a episiotomia

Questões relacionadas com o recém-nascido:

- Gostaria que o cordão fosse cortado, depois de deixar de pulsar
- Gostaria que fosse ..... (pessoa escolhida) a cortar o cordão umbilical
- Gostaria de pegar imediatamente no meu bebê
- Gostaria que realizassem os procedimentos ao recém-nascido na minha presença
- Gostaria de poder amamentar o meu bebê, na sua 1ª meia-hora de vida
- Antibiótico oftálmico ou nitrato de prata apenas depois do período de formação do vínculo (primeiras horas após o parto)
- Placenta expulsa espontaneamente da parede útero
- Gostaria que me fosse mostrada a minha placenta
- Tirar fotografias ou filmar durante o parto

Questões relacionadas com a cesariana:

- Permitir o início do trabalho de parto antes de efetuar a cesárea
- Gostaria de realizar uma cesariana apenas por razões clínicas, e sob efeito de epidural
- Gostaria que o meu acompanhante assistisse à minha cesariana
- Em caso de cesariana de emergência, gostaria que fosse ..... (pessoa designada) a cortar o cordão umbilical
- Não gostaria de fazer o uso de sedativos pré-operatórios
- Rebaixamento do protetor ou uso de espelho na hora do nascimento
- Amamentação tão logo seja possível, mesmo na mesa de cirurgia ou na sala de recuperação

- ( ) Alojamento conjunto com flexidade

Para o Pai:

- ( ) Gostaria de participar ativamente no trabalho de parto da minha mulher
- ( ) Gostaria de ficar ao máximo apenas com ela durante este processo
- ( ) Gostaria de levar minha mulher para a maternidade ou casa de parto
- ( ) Concordo na participação de outros acompanhantes (parentes, amigos, doula, ...) no trabalho de parto e parto
- ( ) Gostaria de cortar o cordão umbilical
- ( ) Gostaria de dar o primeiro banho no bebê
- ( ) Gostaria de ficar sozinho com minha mulher assim que acontecer o nascimento do bebê