

PLANO DE PARTO

Prezada gestante:

Gostaríamos de conhecer melhor o que você está pensando ou planejando para o nascimento do seu bebê. Por isso, indique entre as ideias abaixo aquilo que é importante pra você. Entenda que não é uma lista de obrigações ou permissões para a equipe que a atenderá no nascimento do seu bebê, mas permitirá que os envolvidos conheçam seus desejos, escolhas e prioridades. Conhecendo o que você espera, teremos chance de ajudá-la a passar pela melhor experiência possível no nascimento do seu bebê.



Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listo minhas preferências em relação ao parto/cesariana e nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, sempre de acordo com a melhor técnica disponível para garantir minha segurança e do meu bebê, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante: _____

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- 1- Sobre a raspagem de pelos (tricotomia): () SIM () NÃO () Indiferente
- 2- Acesso Venoso (ter uma veia “pega”): () SIM () NÃO () Se necessário
- 3- Liberdade de dieta conforme rotina institucional: () SIM () NÃO () Indiferente
- 4- Liberdade para caminhar, me movimentar: () SIM () NÃO () Indiferente
- 5- Em caso de DOR:
 - Apenas uso de métodos não farmacológicos (aromaterapia, bola, banho, cromoterapia, esalda pés, massagem): () SIM () NÃO () Indiferente
 - Gostaria analgésicos: () SIM () NÃO () Indiferente
 - Gostaria analgesia obstétrica (raqui/peridural): () SIM () NÃO () Indiferente
- 6- Para regularização das contrações:
 - Infusão de ocitocina (hormônio facilita as contrações): () SIM () NÃO () Somente para corrigir Trabalho de Parto
 - Romper bolsa das águas artificialmente (amniotomia): () SIM () NÃO () Somente para corrigir Trabalho de Parto

7- Caso romper a bolsa antes de entrar em trabalho de parto:

- Induzir imediatamente; caso não tenha contraindicação.
- Prefiro aguardar o trabalho de parto espontaneamente em trabalho de parto (ciente que, após muitas horas de bolsa rota, aumenta a chance de internação do bebê).
- Prefiro seguir a indicação do obstetra.
- Indiferente.

8- Se eu chegar ao final da minha gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto:

- Prefiro induzir o parto (com o método que a equipe obstétrica achar ideal)
- Não gostaria de ter o parto induzido, preferindo ir a cesárea
- Outra opção: _____ (novamente, sei que não é só a minha vontade que decide isso. É necessário respeitar os protocolos científicos recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, a estrutura e rotina do hospital, etc.)

DURANTE O PARTO

9- Posição no Parto:

- Acho que vou preferir ficar na seguinte posição: _____ (lembrando que a avaliação obstétrica será consentida juntamente à paciente).
- Prefiro ver como me sentirei na hora.
- Não tenho posição de preferência.

10- Forças na hora do nascimento:

- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada.
- Gostaria que me orientassem como fazer força na hora.

11- Episiotomia (corte no períneo):

- Prefiro que não seja realizada, somente se necessário. Quero ser comunicada.
- Não tenho nenhuma oposição à episiotomia.
- Indiferente.

12- Parto Instrumentado:

- Prefiro que não seja realizado, somente se necessário. Quero ser comunicada.
- Não gostaria que fosse usado, mas sei que muitas vezes é necessário no parto vaginal.
- Indiferente.

CESARIANA

13- Campo Cirúrgico:

- Prefiro que o pano/campo cirúrgico fosse baixado para que eu possa ver o bebê.
- Prefiro NÃO ver as partes cirúrgicas do nascimento, e que o bebê somente seja mostrado para mim após ser entregue ao pediatra.

14- Sondagem:

- Prefiro que não seja realizado, somente se necessário. Quero ser comunicada.
- Indiferente.

APÓS O PARTO VAGINAL OU CESARIANA

15- Assim que nascer o bebê fazer contato pele a pele, se estiver tudo bem com o bebê:
() SIM () NÃO () Prefiro ver como me sinto no momento, caso não esteja me sentindo bem, gostaria que o contato pele a pele fosse feito com meu acompanhante.

16- Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora:
() SIM () NÃO () Prefiro ver como me sinto no momento.

17- Gostaria de ficar o máximo possível com o bebê no colo, sem interrupções (mas sei que existe uma rotina do hospital que deve ser respeitada):
() SIM () NÃO () Indiferente.

18- Placenta:

() Seguir rotina do hospital para descarte.
() Tenho um pedido especial: _____.

CUIDADOS COM O BEBÊ

19- Higiene:

() Gostaria que fosse feita conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível), salvo em situações especiais (HIV e Hepatite B).
() Indiferente.

20- Rotinas (Vitamina K / Vacina / Colírio Nitrato de Prata):

() Gostaria que fossem feitas enquanto o bebê está no contato pele a pele ou sugando.
() Indiferente.

21- Medidas Antropométricas (Peso / Medidas):

() Ciente que são feitas conforme rotina institucional.

22- Amamentação:

Gostaria de auxílio mesmo que seja necessário manipulação nos seios
() SIM () NÃO () Indiferente

Além de tudo que assinalei acima, gostaria de registrar as seguintes observações e detalhes:

Por fim, gostaria de agradecer a atenção e a ajuda de todos em tornar seguro e especial esse momento tão importante. Confio na competência da equipe obstétrica e na sua intenção de seguir esse Plano de Parto dentro do possível.

Assinatura da paciente