



## Plano de Parto

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
(gestante) (acompanhante) (bebê)

### I- Equipe responsável:

Obstetra \_\_\_\_\_ Fisioterapeuta / Doula \_\_\_\_\_

### II- Maternidade de escolha:

Maternidade: \_\_\_\_\_

( ) Suíte de Parto ( ) Centro Cirúrgico ( ) Quarto

### III- Nossa filosofia para o nascimento

O plano de parto expressa nossos desejos e preferências para o nascimento do nosso bebê. Nós nos informamos antes de fazer as escolhas abaixo, e entendemos que há situações onde nossas escolhas podem não ser possíveis. Nestas circunstâncias:

( ) O obstetra pode **tomar** as decisões necessárias para a saúde e segurança da mãe e do bebê

( ) Queremos que o obstetra discuta conosco **qualquer procedimento ou medicação** antes da administração e que nos seja dada a chance de escolher após consentimento informado.

( ) Estamos cientes e orientados que a situação atual que envolve o novo Coronavírus não contraindica o parto normal e os demais recomendações da OMS em relação a humanização do parto, nascimento e pós-parto desde que eu esteja clinicamente bem. Declaramos que nos dispomos a fazer uso de máscara bem como lavagem frequente de mãos e uso de álcool 70% durante o parto e pós-parto caso eu e meu acompanhante nos enquadremos nos casos suspeitos ou confirmados de Covid19.

### IV- Situações especiais

- ( ) Tenho uma cesareana anterior
- ( ) Tenho diabetes gestacional
- ( ) Tenho pré-eclampsia
- ( ) Tenho Rh negativo
- ( ) Tenho cultura positiva para Streptococos B
- ( ) Caso suspeito ou confirmado do novo Coronavírus
- ( ) Outra: \_\_\_\_\_

### V- O ambiente

Gostaria que estas pessoas estivessem comigo:

	Durante o trabalho de parto	No momento do nascimento
Meu parceiro		
Minha doula		
Outra _____		

Detalhes especiais que eu gostaria de ter durante meu trabalho de parto:



<input type="checkbox"/> Pouca Luminosidade	<input type="checkbox"/> Música Ambiente
<input type="checkbox"/> Pouca Interferência	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Pouco barulho	<input type="checkbox"/> _____

#### **VI- A experiência do nascimento**

##### **Eu prefiro:**

- Que meu parceiro não seja separado de mim em nenhum momento do trabalho de parto
- Ter poucos exames vaginais
- Comer durante o trabalho de parto
- Beber durante o trabalho de parto
- Pouca circulação de pessoas no meu quarto durante o trabalho de parto e pós-parto
- Que a rotura das membranas aconteça naturalmente
- Não ter meu trabalho de parto acelerado desde que eu e meu bebê estejamos bem
- Uso de máscara e acesso contínuo a higienização das mãos com de água e sabão e álcool 70%

##### **Se meu trabalho de parto tiver que ser induzido ou acelerado, eu prefiro:**

- Métodos naturais (acupuntura, homeopatia, chás, estímulo mamário, relação sexual)
- Descolamento de membranas
- Rotura de membranas
- Medicamentos a base de prostaglandinas (misoprostol / propess)
- Balão cervical
- Ocitocina

##### **Pretendo usar os seguintes métodos para alívio da dor:**

- Técnicas de respiração
- Bolsa Quente
- Chuveiro quente / Banheira
- Tens
- Massagens
- Meditação / visualização
- Acupuntura ou acupressura
- Analgesia
- Posições / posturas
- Decidirei no momento do parto
- Outros \_\_\_\_\_

##### **Eu gostaria de receber analgesia para alívio da dor:**

- Assim que possível
- Se eu parecer desconfortável
- Apenas se eu solicitar. Por favor, não me ofereça analgesia.
- De forma alguma. Mesmo se solicitar, peço que não seja feita analgesia medicamentosa.

#### **VIII- O nascimento (período expulsivo)**

##### **Quando estiver tendo os “puxos”, gostaria de estar na seguinte posição:**

- Deitada em cama ginecológica
- Deitada de lado
- De cócoras
- De cócoras com apoio
- De Gasking (de quatro)
- Decidirei na hora



- Semi-sentada em cama ginecológica
- De pé
- Outra: \_\_\_\_\_

**Eu ainda gostaria de:**

- Empurrar o bebê apenas quando eu sentir necessidade (Puxo espontâneo)
- Empurrar quando direcionada pelo obstetra ou acompanhante
- Não ter limites de tempo para o período expulsivo, desde que eu e meu bebê estejamos bem
- Receber analgesia medicamentosa antes do início do período expulsivo
- Tocar a cabeça do meu bebê assim que ela coroar ou ver com espelho que eu levarei
- Outro: \_\_\_\_\_

**Sobre toque no período expulsivo e episiotomia:**

- Usar massagem perineal, compressas mornas e posicionamento primeiro
- Não tocar no períneo durante o período expulsivo
- Não direcionar o puxo com o toque vaginal
- Não fazer massagem perineal durante o período expulsivo
- Deixar o bebê sair naturalmente, sem puxá-lo
- Eu prefiro o risco de uma laceração do que ter uma episiotomia

**Se for necessário um parto vaginal assistido, eu prefiro:**

- Uso de fórceps ou vácuo extrator
- Que o obstetra decida qual o melhor instrumento para o parto assistido.

**Se uma cesárea for necessária:**

- Eu gostaria de esperar o início do trabalho de parto antes de efetuar a cesárea.
- Eu gostaria de música durante o procedimento
- Gostaria de ter meu parceiro comigo durante todo o tempo (até na anestesia)
- Gostaria que o ar condicionado fosse desligado quando o bebê nascer e o foco de luz desligado
- Gostaria de ter o campo abaixado de maneira que possa ver o bebê saindo
- Gostaria de tocar meu bebê, por favor deixem minhas mãos livres
- Por favor explique a cirurgia para mim enquanto ela acontece
- Gostaria de ter contato pele a pele com o bebê na “Hora de Ouro”, mesmo ainda estando em procedimento cirúrgico (primeira hora após o nascimento)
- Outro: \_\_\_\_\_

**IX- Depois do nascimento**

**O cordão umbilical**

- Meu parceiro gostaria de cortá-lo
- Espere até que o cordão pare de pulsar para cortá-lo (mesmo em caso suspeito ou confirmado de Coronavírus – sabemos que a infecção não contraindica a prática)
- O sangue de cordão será colhido pela empresa \_\_\_\_\_. Entrar em contato com \_\_\_\_\_ pelo telefone \_\_\_\_\_.

**A placenta:**

- Gostaria de ver a placenta depois que ela saísse
- Não gostaria de ver a placenta depois que ela saísse
- Gostaria de levar a placenta para exames



**Gostaria de segurar meu bebê:**

- Imediatamente após o nascimento, por favor coloque meu bebê em meu abdômen
- Pele a pele, sem nenhuma compressa atrapalhando esse contato (mesmo em caso suspeito ou confirmado de Coronavírus – sabemos que a infecção não contraindica a prática)
- Permanecer no meu colo ou no colo do meu marido durante a “Hora de Ouro”, se tudo estiver bem
- Gostaria de ficar com meu bebê no quarto e fazer livre demanda durante todo o período que ficarei no hospital, por favor não leve meu bebê para o berçário

**Gostaria amamentar:**

- Quando o bebê solicitar (que sabemos que pode ser até 50 min pós parto)
- Mais tarde  Em momento algum
- Quero manter a amamentação mesmo em caso suspeito ou confirmado de Coronavírus, pois sabemos que a infecção não contraindica a prática

**Gostaria que membros da família:**

- Seja permitida visita no quarto logo após o parto
- Seja permitida visita no quarto \_\_\_\_\_ horas após o parto
- Não desejo visitas
- Não desejo visitas, por recomendação a diminuição de circulação de pessoas devido ao Coronavírus

**Procedimentos com o recém-nascido (a combinar com equipe da pediatria)**

- Gostaria que o primeiro exame médico seja feito apenas depois de já termos estabelecido um por vínculo mãe-bebê, se estiver tudo bem (após a “hora de ouro”)
- Não é necessário que eu assista o primeiro exame
- Meu parceiro deseja assistir o primeiro exame
- Desejo que meu bebê não receba colírio de Nitrato de Prata ou solução de iodopovidona (PVPI)
- Desejo que meu bebê receba colírio de Nitrato de Prata ou solução de iodopovidona (PVPI)
- Desejo que meu bebê receba vitamina K intramuscular enquanto ele permanece no meu colo, e se possível durante a amamentação
- Gostaria que fosse feito o teste da linguinha (de acordo com a **Lei nº 13.002/2014**)

**X- Primeiras horas**

**Primeiro banho do meu bebê (somente 24h pós parto)**

- Eu gostaria de estar presente
- Eu não faço questão de estar presente
- Meu parceiro gostaria de estar presente
- Eu prefiro que o primeiro banho seja dado por mim
- Eu prefiro que não seja dado banho no bebê no primeiro dia (antes de 24h)
- Gostaria de dar banho no bebê apenas em casa

**Amamentação**

- Planejo amamentar exclusivamente
- Planejo usar fórmula láctea
- Planejo amamentar e complementar com fórmula
- Planejo amamentar em livre demanda
- Planejo amamentar com horário predeterminado

**Por favor não ofereça ao bebê (a combinar com equipe da pediatria):**

- Fórmula láctea
- Água açucarada (ou com glicose)
- Chupeta



**Quero que meu parceiro:**

- ( ) Tenha visita ilimitada
- ( ) Tenha horário de visita limitado
- ( ) Durma no meu quarto

**Membros da família:**

- ( ) Podem ter visita ilimitada
- ( ) Podem visitar apenas nos horários predeterminados de visita do hospital
- ( ) Não quero visitas durante a internação
- ( ) Não quero visitas em recomendação a diminuição de circulação de pessoas devido ao Coronavírus