



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.

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 (a). 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: _____

Data Provável do Parto: ____/____/____

Médico Obstetra: _____

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

1- Sobre a raspagem de pelos (tricotomia – indicado em casos de Parto Cesariana):

- SIM
- NÃO
- Indiferente

2- Liberdade de dieta conforme rotina institucional:

- SIM
- NÃO
- Indiferente

3- Liberdade para caminhar, me movimentar:

- SIM
- NÃO
- Indiferente

4- Em caso de DOR:

➤ **Apenas uso de métodos não farmacológicos (bola, banho, massagem):**

- SIM
- NÃO
- Indiferente

➤ **Gostaria analgesia obstétrica (Raquianestesia ou Duplo Bloqueio):**

- SIM



- NÃO
 - Indiferente
- 5- Para regularização das contrações:**
- **Infusão de ocitocina (conforme orientação do Médico Obstetra):**
 - SIM
 - NÃO
 - **Romper bolsa das águas artificialmente (conforme orientação do Médico Obstetra):**
 - SIM
 - NÃO
- 6- Caso romper a bolsa antes de entrar em trabalho de parto (Somente após 36 semanas):**
- Induzir imediatamente; caso não tenha contraindicação.
 - Prefiro aguardar o trabalho de parto espontaneamente em trabalho de parto.
 - Prefiro seguir a indicação do obstetra.
 - Indiferente.
- 7- 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

- 8- 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.
- 9- 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.
- 10- Episiotomia (corte no períneo):**
- Prefiro que não seja realizada, somente se necessário. Quero ser comunicada.
 - Não tenho nenhuma oposição à episiotomia.
 - Indiferente.



CESARIANA

11- 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.

12- Corte do Cordão Umbilical (Se parto sem intercorrências):

- Prefiro que o pai realize o corte do cordão umbilical.
- Indiferente.

13- Luminosidade da sala durante o parto

- Prefiro luz normal
- Prefiro meia luz
- Prefiro luz apagada

**O foco cirúrgico para a visão do médico não pode ser desligado.*

APÓS O PARTO VAGINAL OU CESARIANA

14- 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.

15- Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora:

- SIM
- NÃO
- Prefiro ver como me sinto no momento.

16- 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.

CUIDADOS COM O BEBÊ

17- Higiene:

- Gostaria que fosse feita conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível)
- Indiferente.
- Outra: _____

18- Aplicação de Vitamina K:

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



Outra: _____

Aplicação de Colírio Nitrato de Prata:

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

Indiferente.

Outra: _____

Aplicação de Vacina:

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

Indiferente.

Outra: _____

19- Medidas Antropométricas (Peso / Medidas):

Ciente que são feitas conforme rotina institucional.

20- Amamentação:

Gostaria de auxílio mesmo que seja necessário manipulação nos seios

SIM

NÃO

Indiferente

Além de tudo que assinaliei 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

Importante: Toda conduta tomada pela Equipe médica é respaldada em literatura médica científica e nenhuma ação será realizada sem previa comunicação a parturiente e seu acompanhante, além do seu consentimento, salvo em caso de risco iminente de vida para a mãe ou o bebê.