



Plano de Parto

É hora de planejar a
chegada do seu bebê ao mundo!

VOCÊ JÁ CONHECE O NOSSO MANUAL DO PLANO DE PARTO?

Antes de preencher o seu Plano de Parto, é muito importante saber como e com quem preenchê-lo.

*O **Manual do Plano de Parto** é um guia que ajuda você a ter mais tranquilidade nos momentos que antecedem a chegada do bebê. Conhecendo bem todas as etapas do Plano, você terá mais segurança na hora de preenchê-lo e conseguirá manifestar suas restrições, necessidades e vontades.*

*Se você ainda não conhece o nosso **Manual do Plano de Parto**, clique aqui ou no link que disponibilizamos no nosso app.*

Agora, se você já leu, chegou a hora de preencher tudo direitinho. O formulário é editável, você pode preenchê-lo pelo computador ou celular. Vamos lá?

Plano de Parto

ESTE É O PLANO DE PARTO DE

_____, _____ e _____
Gestante Acompanhante Bebê

Gostaríamos de conhecer melhor o que você está pensando ou planejando a respeito do seu parto. Por isso, indique, dentre as ideias abaixo, aquilo que é importante para você.

ESPERAMOS VIVENCIAR A EXPERIÊNCIA DE UM:

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Parto vaginal depois de — cesariana(s)
- ☐ Cesariana

SOBRE AS PESSOAS QUE VÃO ME ACOMPANHAR:

Respeitando a Lei n.º 11.108/2005, que estabelece a livre escolha da mulher, sem restrição de escolha de acompanhante no pré-parto, parto e no pós-parto:

Gostaria que _____ (_____)
nome do acompanhante parentesco/relacionamento
estivesse comigo durante o trabalho de parto.

Gostaria que _____ (_____)
nome do acompanhante parentesco/relacionamento
estivesse comigo durante o meu parto.

- ☐ Ainda não decidi se quero e quem eu gostaria que estivesse me acompanhando durante o trabalho de parto e na hora do parto.

EQUIPE:

- ☐ Gostaria que a equipe explicasse a mim e ao meu acompanhante todos os procedimentos que serão realizados, quando possível.

DOULA:

- ☐ *Gostaria de receber os cuidados de uma doula – profissional que dá assistência à mulher em relação à gravidez, ao parto e aos cuidados com o bebê (confirmar, na instituição de escolha, se disponível).*
- ☐ *Terei uma doula particular.*
- ☐ *Não gostaria de receber assistência de nenhuma doula, prefiro ficar sozinha com meu acompanhante.*

OBS. 1: A gestante tem direito a um acompanhante de sua escolha e à presença de uma doula.

OBS. 2: Lembre-se de que a doula particular deverá fazer um cadastro prévio na maternidade onde você pretende realizar o parto. O cadastro será realizado na Administração do hospital, com a apresentação de um certificado fornecido por entidade ligada à Associação Nacional das Doulas.

SOBRE O AMBIENTE:

Durante o trabalho de parto, eu gostaria de estar:

- ☐ *Em uma suíte de parto PPP (pré-parto, parto e pós-parto), se disponível no momento.*
- ☐ *Em um pré-parto no bloco cirúrgico.*
- ☐ *Não tenho preferência.*

Detalhes da ambientação:

- ☐ *Gostaria de pouca luminosidade.*
- ☐ *Gostaria de pouco barulho.*
- ☐ *Gostaria de ouvir música.*
- ☐ *Não tenho considerações especiais a fazer sobre o ambiente.*
- ☐ *Gostaria que o ambiente ou o local tivesse/fosse:*

Gostaria que meu parto ocorresse:

- ☐ *Em uma suíte de parto PPP (pré-parto, parto e pós-parto), se disponível no momento.*
- ☐ *Em uma sala cirúrgica.*
- ☐ *Não tenho preferência.*

SOBRE O ROMPIMENTO PREMATURO DA MEMBRANA:

Se a minha bolsa romper espontaneamente antes de eu entrar em trabalho de parto (ruptura prematura de membranas):

- ☐ *Não havendo contraindicação, eu gostaria de iniciar a indução do parto em seguida.*
- ☐ *Não havendo contraindicação, prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto.*
- ☐ *Gostaria de discutir com a equipe, de acordo com minhas condições clínicas, a melhor opção.*
- ☐ *Não gostaria de ter o parto induzido e optaria por fazer uma cesariana.*

EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO:

- ☐ *Gostaria de ter liberdade para me alimentar livremente de acordo com a minha tolerância em cada fase do trabalho de parto.*
- ☐ *Prefiro ficar em jejum.*
- ☐ *Prefiro avaliar, na hora, como me sentirei.*

EM RELAÇÃO À MINHA MOVIMENTAÇÃO:

- ☐ *Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar.*
- ☐ *Prefiro ficar mais deitada.*
- ☐ *Prefiro avaliar, na hora, como me sentirei.*
- ☐ *Gostaria de discutir com a equipe.*

SE EU SENTIR DOR, PREFIRO USAR OS SEGUINTE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIAR ESSA SENSÇÃO DESAGRADÁVEL:

- ☐ *Banho*
- ☐ *Massagens*
- ☐ *Bola*
- ☐ *Agachamentos*
- ☐ *Deambulação (passeio)*
- ☐ *Técnicas de respiração*
- ☐ *Prefiro decidir na hora*
- ☐ *Nenhum*
- ☐ *Outros:*

GOSTARIA DE RECEBER MEDICAÇÃO PARA ALÍVIO DA DOR:

- ☐ Assim que possível.
- ☐ Se eu me sentir desconfortável.
- ☐ Apenas se eu solicitar. Por favor, não me ofereça analgesia.
- ☐ Prefiro avaliar, na hora, como me sentirei.

SE EU NÃO ENTRAR EM TRABALHO DE PARTO DE FORMA ESPONTÂNEA AO COMPLETAR 41 SEMANAS DE GESTAÇÃO:

- ☐ Não havendo contraindicação, eu gostaria de aguardar entrar espontaneamente em trabalho de parto.
- ☐ Eu gostaria de ter meu parto induzido.
- ☐ Prefiro cesária a trabalho de parto induzido.

DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO, GOSTARIA DE FICAR NA POSIÇÃO:

- ☐ Semideitada na cama
- ☐ De cócoras
- ☐ De cócoras com apoio
- ☐ Sentada no banquinho de parto
- ☐ De quatro apoios (Gaskin)
- ☐ Deitada de lado

- ☐ De pé
- ☐ Gostaria de ter, no momento, a liberdade de escolher a melhor posição.
- ☐ Não tenho posição de preferência. Eu gostaria que a equipe me orientasse, quanto às opções de posição.

AINDA SOBRE O PERÍODO EXPULSIVO:

- ☐ Prefiro fazer força para o bebê sair, quando eu sentir necessidade (puxo espontâneo).
- ☐ Prefiro fazer força para o bebê sair, quando eu estiver direcionada pela equipe ou pelo acompanhante.
- ☐ Prefiro que não haja limite de tempo para o período expulsivo, desde que eu e meu bebê estejamos bem.
- ☐ Gostaria de tocar a cabeça do meu bebê, quando houver o “coroamento” (momento em que é possível ver a cabecinha do bebê).

SOBRE A EPISIOTOMIA (“CORTE NA VAGINA”):

- ☐ Não tenho qualquer oposição à episiotomia.
- ☐ Prefiro que seja realizada a episiotomia como último recurso.
- ☐ Prefiro episiotomia a laceração natural.
- ☐ Prefiro laceração natural a episiotomia.
- ☐ Prefiro que a equipe decida.

SOBRE O CORDÃO UMBILICAL:

- ☐ *Gostaria que meu acompanhante cortasse, se possível.*
- ☐ *Eu mesma gostaria de cortá-lo, caso fosse possível.*
- ☐ *Não tenho preferência.*

SOBRE A PLACENTA:

- ☐ *Gostaria de ver a placenta depois de retirada.*
- ☐ *Eu não gostaria de ver a placenta.*
- ☐ *Tenho um pedido especial:*

CONTATO PELE A PELE E AMAMENTAÇÃO

Assim que o bebê nascer, independentemente do tipo de parto:

- ☐ *Prefiro que ele seja colocado imediatamente em meu colo, se estiver tudo bem.*
- ☐ *Não tenho preferência.*
- ☐ *Pretendo tentar amamentar o bebê na primeira hora.*
- ☐ *Não desejo ou sei que não posso amamentar.*
- ☐ *Não tenho preferência.*

SOBRE OS CUIDADOS COM O BEBÊ

BANHO DO BEBÊ:

- ☐ Prefiro que o primeiro banho seja dado pela equipe e desejo estar presente.
- ☐ Prefiro que o primeiro banho seja dado pela equipe e que meu acompanhante esteja presente.
- ☐ Prefiro que o primeiro banho seja dado pela equipe e não faço questão de estar presente.
- ☐ Prefiro que o primeiro banho seja dado por mim ou por meu acompanhante com supervisão da equipe.
- ☐ Tenho um pedido especial:

AMAMENTAÇÃO:

- ☐ Pretendo amamentar exclusivamente com leite materno.
- ☐ Não desejo amamentar meu bebê e quero que seja oferecida fórmula láctea a ele.
- ☐ Gostaria de conversar com os profissionais, caso eles achem indicado o uso de complemento com fórmula láctea.

OUTRAS PREFERÊNCIAS:

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

Por fim, confio na competência da equipe assistencial e na sua intenção de seguir este Plano de Parto, dentro do possível, para tornar seguro e especial este momento tão importante. Entendo que a equipe assistencial poderá tomar condutas diferentes das manifestadas no meu Plano de Parto para proteger a minha vida e a vida do meu bebê, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos como planejados.