



# Plano de Parto

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

(gestante)

(acompanhante)

(bebê)

## I- 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.

## II- Situações especiais

( ) Tenho uma cesariana anterior

( ) Tenho diabetes gestacional

( ) Tenho pré-eclâmpsia



( ) Tenho Rh negativo

( ) Tenho cultura positiva para Estreptococos B

( ) Outra: \_\_\_\_\_

### III- O ambiente

**Gostaria que estas pessoas estivessem comigo:**

**Durante o trabalho de  
parto**

**No momento do nascimento**

Meu parceiro ( ) ( )

Minha família ( ) ( )

Minha doula ( ) ( )

Outra \_\_\_\_\_ ( ) ( )



Núcleo Bem Nascer

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

(  ) Pouca luminosidade (  ) \_\_\_\_\_

(  ) Pouca interferência (  ) \_\_\_\_\_

(  ) Pouco barulho (  ) \_\_\_\_\_

(  ) Música (será levada por: \_\_\_\_\_)

Não gosto de .....

**IV-        A experiência do nascimento**

**Esperamos ter:**

(  ) Parto vaginal (  ) Parto Vagina após Cesariana

(  ) Cesariana (  ) Parto na água



## Gostaria de usar:



**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
  - ( ) Ser hidratada com líquidos claros
  - ( ) Não ter meu trabalho de parto acelerado desde que eu e meu bebê estejamos bem
  - ( ) Que a rotura das membranas aconteça naturalmente

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

- ( ) Métodos naturais (massagens, acupuntura, homeopatia)

( ) Descolamento de membranas



Núcleo Bem Nascer

- ( ) Gel de prostaglandinas
- ( ) Comprimido de prostaglandinas
- ( ) Ocitocina
- ( ) Rotura de membranas

**Eu gostaria de passar o primeiro estágio do trabalho de parto:**

- ( ) Dentro de uma banheira com água morna
- ( ) Em baixo do chuveiro
- ( ) Deitada
- ( ) Caminhando
- ( ) De pé
- ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**Eu não quero ser submetida a:**

- ( ) Enema
- ( ) Depilação da área pélvica
- ( ) Acesso venoso
- ( ) Outro



**Eu gostaria de receber medicação 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 farmacológica.

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

- |                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| (    ) Técnicas de respiração | (    ) Reflexologia                  |
| (    ) Meditação              | (    ) Tens                          |
| (    ) Acupressura            | (    ) Massagem                      |
| (    ) Acupuntura             | (    ) Walking analgesia             |
| (    ) Hipnose                | (    ) Decidirei no momento do parto |
| (    ) Meditação              | (    ) Outros _____                  |



Núcleo Bem Nascer

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

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

Deitada em cama ginecológica       Deitada de lado

De cócoras       Sentada na cadeira de parto

De Gaskin (de quatro)       Sentada no banco de parto

Semi-sentada em cama ginecológica     De cócoras com apoio

De pé       Decidirei na hora

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



Núcleo Bem Nascer

- ( ) Receber analgesia farmacológica antes do início do período expulsivo
- ( ) Receber nova dose de analgesia durante o período expulsivo se sentir dor neste momento
- ( ) Ver o nascimento por um espelho
- ( ) Tocar a cabeça do meu bebê assim que ela coroar
- ( ) Outro:
- 

**Sobre a episiotomia:**

- ( ) Usar massagem perineal, compressas mornas e posicionamento primeiro
- ( ) Eu prefiro o risco de uma laceração do que ter uma episiotomia
- ( ) Eu prefiro uma episiotomia a uma laceração
- ( ) Desejo ter uma episiotomia como último recurso
- ( ) Desejo ter uma episiotomia de pressão
- ( ) Desejo ter uma episiotomia se o obstetra achar necessário
- ( ) Ver o nascimento por um espelho

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

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



### **Se uma cesariana for necessária:**

- (    ) Eu gostaria de estar consciente durante o procedimento
- (    ) Gostaria de ter meu parceiro comigo durante todo o tempo
- (    ) 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
- (    ) Outro: \_\_\_\_\_

### **VI- Depois do nascimento**

#### **O cordão umbilical**

- (    ) Meu parceiro gostaria de cortá-lo
- (    ) Espere até que o cordão pare de pulsar para cortá-lo
- (    ) 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



Núcleo Bem Nascer

**Gostaria de segurar meu bebê:**

- (    ) Imediatamente após o nascimento, por favor, coloque meu bebê em meu abdome  
(    ) Depois de ser aspirado  
(    ) Depois de ser pesado  
(    ) Depois de ser limpo e enrolado  
(    ) Outro: \_\_\_\_\_

**Gostaria amamentar:**

- (    ) Imediatamente após o nascimento  
(    ) Depois o bebê ser limpo e enrolado  
(    ) Mais tarde  
(    ) Em momento algum

**Gostaria que membros da família:**

- (    ) Seja permitida visita no quarto logo após o parto  
(    ) Seja permitida visita no quarto \_\_\_\_\_ horas após o parto  
(    ) Vejam o bebê apenas no berçário antes de ir para o quarto  
(    ) Não desejo visitas



### **Procedimentos com o recém-nascido**

- (    ) Gostaria que o primeiro exame médico seja feito em minha presença
- (    ) Gostaria que o primeiro exame médico fosse feito apenas depois de já termos estabelecido um vínculo mãe-bebê
- (    ) Não é necessário que eu assista o primeiro exame
- (    ) Meu parceiro deseja assistir o primeiro exame
- (    ) Desejo que meu bebê receba colírio de Nitrato de Prata
- (    ) Desejo que meu bebê receba vitamina K intramuscular

### **VII- Primeiras horas**

#### **Primeiro banho do meu bebê**

- (    ) 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



Núcleo Bem Nascer

### **Amamentação**

- (    ) Planejo amamentar exclusivamente
- (    ) Planejo usar fórmula láctea
- (    ) Planejo amamentar e complementar com fórmula
- (    ) Planejo amamentar em livre demanda
- (    ) Planejo amamentar com horário predeterminado
- (    ) Gostaria de receber um especialista em lactação na maternidade, logo após o parto

### **Por favor, não ofereça ao bebê:**

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

### **Gostaria de ter meu bebê:**

- (    ) No meu quarto 24 horas
- (    ) No meu quarto apenas durante o dia
- (    ) No meu quarto apenas se eu estiver acordada
- (    ) No berçário exceto no momento de amamentar
- (    ) Outros: \_\_\_\_\_



**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