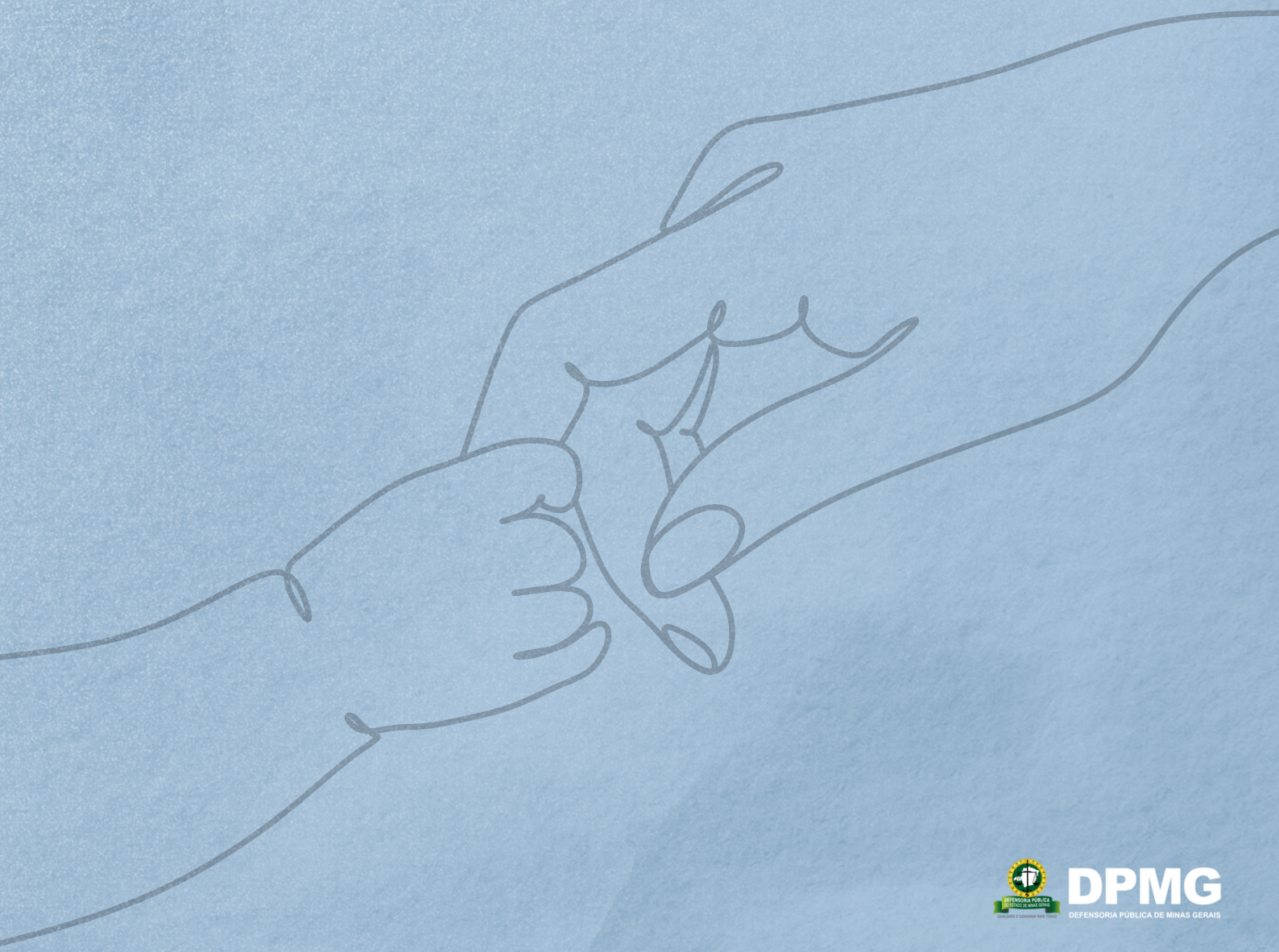


# Meu Plano de Parto



# MEU PLANO DE PARTO

**Gestante:** \_\_\_\_\_

**Acompanhante:** \_\_\_\_\_

**Nome do Bebê:** \_\_\_\_\_

**Data Provável do Parto:** \_\_\_\_\_

Gostaria que meu Plano de Parto fosse respeitado e estou ciente que existem situações especiais. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas.

**Desejo conhecer a maternidade? ( ) Sim ( ) Não**

**Possuo Planejamento Familiar? ( ) Sim ( ) Não**

Visita agendada para: \_\_/\_\_/----

Data da assinatura do Planejamento: \_\_/\_\_/----

## DURANTE O TRABALHO DE PARTO

☐ Terei a presença de um acompanhante ou Doula, conforme Lei Federal 11.108/2005.

☐ Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê

☐ Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar.

☐ Liberdade para comer, beber água ou líquidos enquanto seja tolerado.

Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor não farmacológicos (assinale um ou mais itens):

☐ Massagens - realizadas pelo acompanhante;

☐ Orientações sobre técnicas de respiração;

☐ Movimentar e/ou andar caso eu queira;

☐ Exercícios com bola do nascimento;

☐ Mudar de posição, caso eu queira;

☐ Banho de chuveiro;

Outros:



☐ Autorizo realizar tricotomia (retirada dos pelos pubianos)

☐ Peço que não sejam oferecidos anestésicos ou analgésicos. Eu pedirei quando necessário.

☐ Autorizo o uso contínuo de Soro, Ocitocina Sintética

☐ Sem rompimento artificial de bolsa, enquanto for possível.

Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde, e se necessário o toque com maior frequência, que eu e meu acompanhante sejamos comunicados.

Os cuidados com o ambiente ajudam a tranquilizar e favorecem a evolução do trabalho de parto. Portanto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):

☐ Um ambiente com pouca luminosidade;

☐ Ouvir música da minha escolha (trazer fones);

☐ Pouco barulho e conversa.

# MEU PLANO DE PARTO

## PARTO E HORA DO NASCIMENTO

A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela gestante. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens):

- ☐ Sentada/Cócoras (banqueta);
- ☐ Semi-sentada com a cabeceira elevada;
- ☐ De quatro apoios (Gaskin);
- ☐ Outras:

- ☐ Desejo que na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia (corte na vagina).

Assim que o bebê nascer, gostaria de (assinale um ou mais itens):

- ☐ Pegar meu bebê no colo imediatamente (contato pele a pele);
- ☐ Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida;
- ☐ Desejo que o clampeamento do cordão seja feito após 3 minutos do parto.

- ☐ Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê, inclusive em parto cesáreo, sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde.

- ☐ Desejo se possível, a inserção de DIU (Dispositivo intrauterino, conforme critérios médicos) no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e garantir minha contracepção.
- ☐ Caso seja necessária a cesárea, desejo manter a presença do meu acompanhante na sala de parto.

## APÓS O PARTO

- ☐ Desejo aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação.
- ☐ O bebê deve ficar comigo o tempo todo, no mesmo ambiente, mesmo para avaliações e exames.

## CUIDADOS COM O BEBÊ

- ☐ Aspirar o recém nascido quando necessário.
- ☐ Colírio de nitrato de prata quando os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorréia forem negativos
- ☐ Gostaria de dar banho no meu bebê e fazer as trocas (eu ou meu acompanhante.)
- ☐ Não oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê, sem orientação médica.
- ☐ Autorizo a realização de Vitamina K para prevenção de hemorragia.
- ☐ Aguardar 24 horas para o primeiro banho do bebê.
- ☐ Quero fazer amamentação sob livre demanda.

*Agradeço a toda a equipe envolvida pela ajuda e por tornar esse momento especial.*

Assinatura Paciente

Assinatura Obstetra

Assinatura Pediatra

# Meu Plano de Parto

Desejamos que cada segundo seja de muita felicidade e que a ansiedade se transforme em um amor infinito ao segurar o seu bebê!



Com informações do Ministério da Saúde



**DPMG**  
DEFENSORIA PÚBLICA DE MINAS GERAIS