12. Sobre os cuidados com o bebê:

a. quanto à higiene do bebê:

( ) gostaria que fosse feita higiene do bebê conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível)
( ) não gostaria que fosse dado banho no bebê nas primeiras 24 horas
( ) não tenho preferência

b. quanto à aplicação de colírio (usado para prevenção de conjuntivite por gonococo e clamídia):

( ) não me oponho à aplicação do colírio, nos casos recomendados pelo Ministério da Saúde (após parto vaginal e nas bolsas rotas)
( ) não gostaria que fosse aplicado colírio (para que isso seja possível, sei que é obrigatório que eu já tenha coletado exame vaginal para clamídia e gonococo no final da gestação, e que esses exames sejam negativos)
( ) não tenho preferência

c. quanto à administração de vitamina K (para prevenção de hemorragia):

( ) não me oponho à administração de vitamina K intramuscular, como recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria
( ) não gostaria que fosse aplicado vitamina K intramuscular. Prefiro que seja administrada a primeira dose por via oral no hospital. Para que isso seja possível, comprometo-me a administrar mais duas doses de vitamina K oral em casa (2ª dose em uma semana, 3ª dose em um mês). Nesse caso, existe a obrigatoriedade do preenchimento do Termo de Recusa à aplicação da vitamina K via intramuscular.
( ) não tenho preferência

d. quanto à amamentação:

( ) quero amamentar o bebê sob livre demanda
( ) quero tentar amamentar o bebê em horários fixos
( ) não quero ou não vou amamentar o bebê
( ) não tenho preferência
( ) quero fazer amamentação exclusiva
( ) não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso esteja prescrito pela equipe assistente
( ) não tenho preferência

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

_____

_____

_____

_____

Confio na intenção da equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível.

Data: ___/___/___ **Assinatura:** _____

CÍRCULOSAÚDE

Plano de parto

Querida Gestante

Sabemos como esse momento é especial e único, então criamos este Plano de Parto com o objetivo de entender suas preferências, desejos e necessidades.

Assim, conseguiremos dar o suporte adequado para que você tenha um parto tranquilo e seguro, de acordo com as suas prioridades.

Conte com a gente nesse caminho!

Eu, _____ , estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do(a) meu(minha) filho(a). Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante:

_____

1. Sobre ter uma veia "pega" (punção venosa) ou sobre infusão contínua de soro, durante o trabalho de parto:

( ) prefiro não ter
( ) prefiro ter
( ) não tenho preferência

2. Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita contrações):

( ) prefiro não ter
( ) gostaria de ter para acelerar o parto
( ) não tenho preferência
( ) prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem

3. Sobre ter a bolsa das águas rompida artificialmente (amniotomia):

( ) prefiro não ter
( ) gostaria de ter para acelerar o parto
( ) não tenho preferência
( ) prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem

4. Se a minha bolsa das águas romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto (ruptura prematura de membranas):

( ) gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contraindicação
( ) prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto (mas sei que, após muitas horas de bolsa rota, aumenta a chance de internação do bebê, e devo seguir a indicação do meu obstetra)
( ) não tenho preferência

5. Se eu chegar ao final da minha gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto:

( ) gostaria de ter meu parto induzido (com o método que a equipe obstétrica achar adequado)
( ) não gostaria de ter o parto induzido, preferindo realizar cesárea
( ) não tenho preferência
( ) outra alternativa: _____
(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 a rotina do hospital.)

6. Durante o trabalho de parto:

a. quanto à alimentação:

( ) gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos e alimentos leves (recomendado)
( ) prefiro ficar em jejum
( ) prefiro ver como me sentirei na hora

b. quanto à deambulação:

( ) gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar
( ) prefiro ficar mais deitada
( ) prefiro ver como me sentirei na hora

c. quanto à ausculta dos batimentos cardíacos do bebê:

( ) não gostaria de monitorização contínua dos batimentos do bebê (somente se necessário)
( ) não me oponho à monitorização contínua dos batimentos do bebê
( ) não tenho preferência

7. Se eu sentir dor:

( ) gostaria de usar apenas métodos não-farmacológicos para seu controle (banho, bola de pilates, massagens, aromaterapia)
( ) gostaria que me oferecessem analgésicos
( ) gostaria de fazer analgesia obstétrica raqui-peridural
( ) prefiro ver como me sentirei na hora

8. Na hora do parto:

a. quanto à posição:

( ) acho que vou preferir ficar na seguinte posição: _____
( ) prefiro ver como me sentirei na hora
( ) não tenho preferências especiais sobre a posição na hora do parto

b. quanto à orientação sobre fazer força:

( ) 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

c. quanto à episiotomia (corte no períneo):

( ) prefiro que não seja realizada a episiotomia, somente se muito necessário e com meu consentimento
( ) não tenho qualquer oposição à episiotomia

9. Se for necessário ou decidido por fazer uma cesariana:

a. quanto ao agendamento:

( ) gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente, ao invés de marcar uma cesariana
( ) prefiro agendar a cesariana, se for possível
( ) não tenho preferência

b. durante o ato cirúrgico:

( ) gostaria que o pano/campo cirúrgico fosse abaixado para que eu possa ver o bebê nascer
( ) prefiro não ver as partes cirúrgicas do nascimento, e que o bebê somente seja mostrado para mim após nascer
( ) não tenho preferência

( ) gostaria de minhas mãos soltas durante o procedimento
( ) tenho medo de encostar sem querer no campo cirúrgico, por isso, prefiro que minhas mãos fiquem presas
( ) não tenho preferência

10. Assim que nascer o bebê (não importa se por parto vaginal ou cesariana):

( ) gostaria que ele fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem
( ) não tenho preferência

( ) gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora
( ) não gostaria de (ou sei que não posso) amamentar
( ) não tenho preferência

( ) gostaria de ficar o máximo possível com o bebê ainda na sala de parto e na sala de recuperação, sem interrupções
( ) gostaria (ou não me importo) que o bebê seja levado em seguida para banho e cuidados, enquanto descanso um pouco (mas sei que existe uma rotina do hospital que deve ser respeitada)
( ) não tenho preferência

11. Após o nascimento do bebê:

a. quanto à placenta:

( ) prefiro aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração do cordão ou massagens
( ) prefiro que sejam feitas manobras para ajudar a placenta a sair (como tração do cordão e massagens), como recomenda a Organização Mundial de Saúde
( ) não tenho preferência
( ) com relação à placenta, eu tenho um pedido especial:

_____
_____
_____

b. quanto à administração de ocitocina:

( ) não gostaria que fosse administrado ocitocina de rotina no pós-parto
( ) gostaria que fosse administrado ocitocina no pós-parto para prevenção de hemorragia, como recomenda a Organização Mundial de Saúde
( ) não tenho preferência