

# PARABÉNS PELA GRAVIDEZ!

## QUAIS OS SEUS DESEJOS E EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À EXPERIÊNCIA DO PARTO?

Universidade do Estado do Pará

### Meu plano de Parto

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Já organizou o que você deve levar para a maternidade?

- Roupas para você e o bebê;
- Material de higiene íntima (sabonete, absorvente pós-parto, etc.);
- Exames, Ultrassons e cartão de Pré-Natal;
- Documentos pessoais com foto (seu e do acompanhante);
- Óleos e/ou hidratantes para massagens/aromas que lhe acalmem;
- Seu plano de Parto.

#### JURAMENTO DO CORDÃO

Eu \_\_\_\_\_, assumo o compromisso de cuidar, amar e criar meu filho (a) \_\_\_\_\_ sob meus cuidados, ensinando a trilhar nos caminhos, que o levem a verdadeira felicidade. Neste momento tão especial, desligo meu filho(a), porque agora, nasce uma mãe e nasce a minha família.

ESTE ESPAÇO É PARA REGISTRAR TUDO  
AQUILO QUE VOCÊ CONSIDERA  
IMPORTANTE DURANTE O PARTO.




#### ASSINATURA DA GESTANTE

Projeto da Universidade do Estado do Pará-UEPA.  
Elaborado por Fernanda Cardoso, Lucas Santos e Yuri Sousa.



Nome da gestante:

Nome do bebê:

Maternidade de Referência:

1 Visita de vinculação no local do parto:  
Data: \_\_/\_\_/\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

2 Desejo que me acompanhe durante a internação na maternidade:

( ) Parceiro e/ou Pai do bebê: \_\_\_\_\_

( ) Mãe: \_\_\_\_\_

( ) Filha(o) acima de 18 anos: \_\_\_\_\_

( ) Amiga(o): \_\_\_\_\_

( ) Outro Familiar: \_\_\_\_\_

( ) Nenhum:

( ) Outro: \_\_\_\_\_

3 Desejo presença de uma Doula:

( ) Sim ( ) Não Nome: \_\_\_\_\_

4 Desejo que qualquer procedimento realizado comigo ou com meu bebê seja previamente explicado, com meu consentimento, incluindo soro, ocitocina, rompimento de bolsa, analgesia ou outros.

( ) Sim ( ) Não

5 Desejo que meu parto seja fotografado:

( ) Sim ( ) Não

6 Desejo ingerir os seguintes alimentos durante o trabalho de parto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7 Sobre a sala de parto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):

( ) Um ambiente com pouca luminosidade;

( ) Ouvir músicas da minha escolha;

( ) Pouco barulho e conversas;

( ) Privacidade;

( ) Livre movimentação;

( ) Outros: \_\_\_\_\_

8 Desejo ter como opção de realizar os seguintes exercícios que facilitem o encaixe do bebê na pelve:

( ) Escada (bambolê e agachamento);

( ) Banqueta;

( ) Cavalinho;

( ) Bola

( ) Outros:

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

( ) Massagens relaxantes.

( ) Orientação sobre técnicas de respiração;

( ) Banho na banheira;

( ) Exercícios na bola;

( ) Banho de chuveiro morno;

( ) Livre movimentação no trabalho de parto

( ) Outros: \_\_\_\_\_

10 A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes opções:

( ) Sentada/Cócoras (banqueta/cavalinho);

( ) Semi-sentada com cabeceira elevada;

( ) De 4 apoios (Gaskin);

( ) Na banheira;

( ) Outros: \_\_\_\_\_

11 Desejo que, na hora do nascimento, a episiotomia só seja realizada se realmente necessária e mediante explicação.

( ) Sim ( ) Não

12 Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo que seja feito em tempo oportuno:

( ) Pelo profissional;

( ) Por mim mesma;

( ) Pelo Marido/Parceiro/Pai do Bebê

( ) Acompanhante

13 Desejo que seja feita a leitura do Juramento do Cordão:

( ) Sim ( ) Não

14 Assim que o bebê nascer, gostaria de:

( ) Pegar meu bebê no colo imediatamente (contato pele a pele);

( ) Receber meu bebê quando me sentir pronta para tal;

( ) Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da primeira hora de vida;

( ) Outros: \_\_\_\_\_

15 Desejo que seja realizada a placentografia:

( ) Sim ( ) Não

16 Gostaria que todos os cuidados com meu bebê sejam realizados após a primeira hora de vida, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

( ) Sim ( ) Não

17 Desejo ser informada antes de cada toque e ter a chance de recusar quando me sentir desconfortável.

18 Desejo ser informada previamente sobre todos os procedimentos, testes e vacinas realizadas com o meu bebê.

19 Desejo que qualquer alteração no Meu Plano de Parto seja informada previamente para a devida aprovação.

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Este plano poderá ser ajustado em situações necessárias para garantir a segurança da mãe e do bebê.