

“Este plano de parto foi elaborado com cuidado para assegurar que a experiência do nascimento do meu bebê seja o mais positiva e segura possível para todos nós. Entendo que o parto é um evento imprevisível e que situações podem ocorrer necessitando ajustes. No entanto, solicito que, sempre que possível, minhas decisões sejam respeitadas e levadas em consideração pela equipe de saúde e por todos os envolvidos no processo”

Data: ___/___/_____

Assinatura da gestante

RECEBIDO POR (MATERNIDADE):

Data: ___/___/_____

Nome do profissional: _____

Hospital: _____

Observações: _____

Elaborado por: Mayra Loreanne Nascimento Corrêa, Matheus Lopes dos Santos, Débora Chagas Cardoso de Melo, Mércia Gabrielle Bruno Bastos, Rejane Santos da Cunha Gomes, Nely Dayse Santos da Mata

Referências: Medeiros et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, e20180233, 2019.

Silva et al. Plano de parto e sua importância no processo de parturição. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 5978-5992, 2023.

Imagens: Canva Design



PREFEITURA DE MACAPÁ



Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva



MEU PLANO DE PARTO

Nome da gestante:

Nome do acompanhante:

Nome do bebê:

Contato de emergência:

UBS de referência:

Hospital de referência:

- 1 Desejo conhecer a maternidade?** Sim Não
Visita agendada para: __/__/_____
- 2 Terei a presença de um acompanhante ou Doula, conforme Lei Federal 11.108/2005**
 Sim Não
- 3 Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê**
 Sim Não
- 4 Sobre ter infusão de soro com ocitocina:**
 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
- 5 Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor não farmacológicos (assinale um ou mais itens):**
 Massagens lombossacral- realizadas pelo acompanhante;
 Orientações sobre exercícios respiratórios;
 Deambulação;
 Banho de chuveiro e/ou imersão;
 Uso da bola suíça
- 6 Desejo alguns cuidados com o ambiente para ajudar a tranquilizar e favorecer a evolução do trabalho de parto:**
 Musicoterapia
 Penumbra
 Aromaterapia
 Utilização de óleos essenciais (ex.: lavanda, camomila)

- 7 A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela gestante. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens):**
 Sentada/Cócoras 4 apoios Lateralizado Em pé
 Litotomia/ginecológica Outros:_____
- 8 Sobre a realização de episiotomia (corte na vagina):**
 Autorizo Não autorizo
- 9 Sobre o rompimento artificial da bolsa, quando necessário:**
 Autorizo Não autorizo
- 10 Sobre a depilação da zona púbica e a realização de lavagem intestinal:**
 Autorizo Não autorizo
- 11 Assim que o bebê nascer, gostaria de:**
 Contato pele a pele
 Amamentar após o parto
 Que meu companheiro(a) corte o cordão umbilical
- 12 Sobre o monitoramento dos batimentos cardíacos do bebê:**
 Autorizo Não autorizo
- 13 Sobre manobrar para forçar a saída do bebê:**
 Autorizo Não autorizo
- 14 Desejo ser informada sobre todos os procedimentos que serão realizados no meu bebê:**
 Sim Não
- 15 Desejo ser informada caso necessite cesariana:**
 Sim Não
- 16 Desejo se possível, a inserção de DIU (Dispositivo intrauterino, conforme critérios médicos) no pós-parto imediato**
 Sim Não