



Plano de parto



Unimed 
Cascavel



**O maior amor do mundo
está tomando forma!**





Olá, gestante e acompanhante!



O Plano de Parto é uma ferramenta que pode garantir mais qualidade na assistência do seu parto, além de uma experiência mais satisfatória. Considerado um documento altamente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ele melhora o nível do atendimento às mulheres e aos recém-nascidos.

Ainda que não seja uma lista de obrigações e/ou permissões para a equipe que a atenderá no nascimento do seu bebê, este documento permitirá que os envolvidos conheçam seus desejos, escolhas e prioridades. Assim, conhecendo o que você espera, terão a chance de ajudá-la a viver a melhor experiência possível no nascimento do seu bebê.

A equipe da Unimed Cascavel te deseja uma boa hora.





Dados da gestante e familiar:

Nome da gestante: _____

Telefone: _____

Nome do(a) acompanhante: _____

Telefone: _____

Grau de parentesco: _____

Nome(s) do(s) bebê(s): _____

Tipagem sanguínea e fator RH: _____

Alergia medicamentosa ou alimentar: _____





Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao parto vaginal e/ou cesariana, bem como ao nascimento do bebê. Entendo que a equipe responsável tomará sempre as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada e/ou consultada quando o plano não puder ser seguido.

Histórico obstétrico: **G:** **P:** **C:** **A:**

1. Quero que me acompanhe durante o trabalho de parto, parto e pós-parto:

2. Sobre a lavagem intestinal (*enema*):

() Não gostaria que fosse realizada.

3. Sobre a raspagem de pelos (*tricotomia*):

() Não gostaria que fosse realizada.

4. Sobre ter infusão de soro com ocitocina durante o trabalho de parto (*hormônio que facilita as contrações*):

() Prefiro não ter.

() Gostaria de ter, para acelerar o parto.

() Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto, se não estiver tendo evolução conforme a prescrição e a orientação do obstetra responsável.

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

() Prefiro que não seja realizado o rompimento da bolsa amniótica, que protege o meu bebê, sem necessidade ou justificativa.

() Gostaria de ter, para acelerar o parto.



6. Se a minha bolsa romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto:

- ☐ Gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contraindicação.
- ☐ Prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto. Sei que, após muitas horas de bolsa rota, aumenta a chance de internação da criança. Assim, devo seguir a indicação do meu obstetra e utilizar antibioticoterapia para prevenção de infecções maternas e fetais, se houver indicações.
- ☐ Não gostaria de ter o parto induzido, independentemente do tempo de bolsa rota.

7. Se chegar a minha data provável do parto (40 semanas de gestação) e não ter entrado espontaneamente em trabalho de parto:

- ☐ Gostaria de ter meu parto induzido com o método que a equipe obstétrica considerar mais indicada.
- ☐ Não gostaria de ter o parto induzido. Preferindo recorrer à cesárea
- ☐ 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, o estado de saúde do meu bebê, a estrutura e a rotina do hospital.

8. Durante o trabalho de parto:

- ☐ Gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos e alimentos como: gelatina, frutas, picolé e outros.
- ☐ Prefiro ficar em jejum.
- ☐ Prefiro ver como me sentirei na hora.

9. Durante o trabalho de parto:

- ☐ Gostaria de ter liberdade para caminhar, movimentar-me, utilizar a bola suíça, cavalinho obstétrico e demais materiais existentes na obstetrícia que contribuam para a evolução do parto.





- ☐ Prefiro ficar mais deitada.
- ☐ Prefiro ver como me sentirei na hora.

10. Conforme a evolução do meu trabalho de parto, quanto à dor:

- ☐ Gostaria de usar métodos não farmacológicos para o controle, como banho morno, bola de pilates, escalda-pés, massagens, aromaterapia, musicoterapia, cromoterapia, eletroanalgesia, entre outros.
- ☐ Gostaria de receber analgesia, caso não tenha contraindicações.
- ☐ Prefiro ver como me sentirei na hora.

11. Na hora do trabalho de parto e do parto, em relação ao meu posicionamento:

- ☐ Gostaria de poder escolher a posição mais confortável para parir.
- ☐ Não tenho posição de preferência.
- ☐ Prefiro fazer força só durante as contrações (espontâneo), quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada durante elas.
- ☐ Gostaria que me orientassem sobre como fazer força na hora (puxos dirigidos).
- ☐ Gostaria que o ar condicionado fosse desligado momentos antes do nascimento do meu bebê.
- ☐ Não gostaria que fosse realizada a manobra de *Kristeller*.
- ☐ Quero que esperem o cordão umbilical parar de pulsar por no mínimo um minuto antes de clampeá-lo e cortá-lo, preferencialmente, conforme recomenda a Sociedade Brasileira de Pediatria.

Se possível, gostaria que, após o clampeamento, o cordão umbilical fosse cortado por:

12. Como gostaria do ambiente durante o trabalho de parto e do parto:

- ☐ Musicoterapia
- ☐ Luz baixa



- () Aromaterapia
- () Presença do meu acompanhante de escolha durante todo o período de internação.
- () Não tenho preferências especiais sobre o local.



13. Quanto à episiotomia (*cutis no períneo*):

- () Não gostaria que fosse realizado o procedimento episiotomia.
- () Prefiro que não seja realizada como rotina. Fazê-la somente se muito necessária.
- () Não tenho qualquer oposição à episiotomia.
- () Se, durante o nascimento do bebê, ocorrer laceração do períneo ou houver necessidade de episiotomia, gostaria de receber anestesia na hora dos pontos.

14. Quanto ao uso do fórceps ou vácuo-extrator para acelerar a saída do bebê:

- () Gostaria que fosse usado.
- () Não gostaria que fosse utilizado este equipamento, mas sei que, no parto vaginal, muitas vezes é necessário.

15. Se for necessário ou decidido fazer uma cesariana:

- () Gostaria que me orientassem o motivo/indicação do procedimento.
- () Gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente ao invés de agendar o procedimento.
- () Prefiro agendar a cesariana, se for possível, levando em consideração a recomendação da Agência Nacional de Saúde (ANS), sendo aguardadas mais de 39 semanas de gestação, quando não tiver intercorrência ou emergência gestacional.
- () Não tenho preferência quanto à realização ou não do procedimento.
- () Gostaria que meu acompanhante permanecesse comigo durante todo o período nas salas de cirurgia e de recuperação anestésica.





16. Quanto ao campo de visão durante a cesariana:

- ☐ Gostaria que o tecido do campo cirúrgico fosse baixado para que eu possa acompanhar o nascimento do meu bebê.
- ☐ Prefiro não ver as partes cirúrgicas do nascimento e que o bebê seja mostrado após o nascimento.
- ☐ Não gostaria que minhas mãos ficassem presas durante a cesariana.
- ☐ Gostaria que o(a) acompanhante permanecesse comigo durante a cesariana e após o nascimento do bebê na sala de recuperação pós anestésica.

17. Assim que meu(s) bebê(s) nascer(em), independentemente da via:

- ☐ Gostaria que ele(s) fosse(m) colocado(s) imediatamente no meu colo em contato pele a pele, se estiver tudo bem.
- ☐ Gostaria de amamentar o(s) bebê(s) na primeira hora de vida, sendo respeitado a *golden hour*.
- ☐ Gostaria de ficar o máximo possível com o(s) bebê(s), na sala de parto e de recuperação, sem interrupções, bem como, se estiver tudo bem com o(s) bebê(s), gostaria que fosse(m) pesado(s), verificado medidas antropométricas e demais condutas não emergenciais com o(s) bebê(s), após o momento Hora Ouro.
- ☐ Não me importo que o(s) bebê(s) seja(m) levado(s) imediatamente após o nascimento para os primeiros cuidados, enquanto me recupero.
- ☐ Gostaria que meu(s) bebê(s) não fosse(m) aspirado(s), caso não haja necessidade.
- ☐ Também gostaria que fosse proporcionado ao meu acompanhante o contato pele a pele, se estiver tudo bem com o(s) bebê(s).
- ☐ Não tenho preferência.

18. Quanto à placenta:

- ☐ Gostaria de receber o carimbo da minha placenta.
-



19. Quanto à prevenção de hemorragias:

☐ Autorizo que seja administrada ocitocina no pós-parto, como recomenda a (OMS).



20. Sobre os cuidados com o bebê.

☐ Quero que o primeiro banho seja dado por mim ou pelo(a) acompanhante, orientado e supervisionado por algum profissional da equipe.

☐ Eu e meu(minha) acompanhante gostaríamos de assistir o primeiro banho do bebê, após 24 horas de vida, conforme recomendação do Ministério da Saúde

☐ Não gostaria que fosse dado banho no bebê antes das primeiras 24 horas de vida, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

21. Quanto à aplicação do colírio *Iodopovidona* a 2,5%:

☐ Não me oponho à aplicação nos casos recomendados pelo Ministério da Saúde após parto vaginal e nas bolsas rotas.

22. Quanto à administração de vitamina K profilática ao recém-nascido:

☐ Não me oponho à administração de vitamina K intramuscular para prevenção de hemorragia, como recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

23. Em relação à amamentação e às demais condutas com o bebê:

☐ Quero amamentar sob livre demanda.

☐ Não quero ou não vou amamentar.

☐ Quero fazer amamentação exclusiva.

☐ Não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, em casos de hipoglicemia ou por outro motivo que o pediatra responsável prescrever.



() Se for necessário complementar a amamentação do meu bebê gostaria que fosse oferecido em copinho aberto.

() Gostaria que o bebê permaneça comigo já na saída da sala de parto e que assim permaneça até a alta hospitalar.

() Quero ser informada e acompanhar o bebê durante cada um dos procedimentos de rotina que precisarem ser realizados, a exemplo do teste do coraçõzinho, da orelhinha, teste do olhinho, teste do pezinho, entre outros.

() Mediante a procedimentos como: administração de vitamina K intra-muscular, realização do teste do pezinho, administração de vacinas e outros procedimentos considerados dolorosos para o bebê, gostaria de poder amamentá-lo no momento, conforme recomendação do Ministério da Saúde (Mamanalgesia).

Gostaria que fosse realizado em meu bebê o teste do pezinho:

() simplificado () ampliado () outro



Por fim, gostaria de agradecer pela atenção e ajuda de todos(as) em tornar seguro e especial esse momento tão importante. Confio na competência da equipe obstétrica e na sua intenção de seguir dentro do possível este plano de parto.

Muito obrigada!

Local e data

Assinatura da mãe

Assinatura do acompanhante

Assinatura do profissional responsável pelo
acompanhamento na elaboração do plano de parto

Minha jornada...

primeira foto

Meu nome é _____

Nasci no dia ____ / ____ / ____

No hospital _____

Pesando _____

As primeiras pessoas que conheci foram _____

E _____ deu meu primeiro banho!





Anotações:







Unimed 
Cascavel

PROGRAMA Cegonha

ANS - n.º 370070

www.2unimedcascavel.coop.br



@unimedcascavel