

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

Maternidade Dona Francisca Cintra Silva

São Carlos - SP



Plano de Parto

NOME DA GESTANTE: _____

NOME DO BEBÊ: _____

NOME DO/DA ACOMPANHANTE: _____

UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO PRÉ- NATAL: _____

DATA AGENDADA PARA A VISITA NA MATERNIDADE: _____

Este é um documento para registro de suas preferências, expectativas e desejos para o pré-parto, parto e pós-parto, assegurado pelo artigo 4º da Lei nº 15.759 de 25 de março de 2015: “Diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um plano individual de parto”. Você deve preencher este documento e discutir sobre ele durante o pré-natal com os/as profissionais que te acompanham.

Segundo a Lei 11.108/2005, você tem direito, a partir de sua internação na Maternidade, a um/uma acompanhante de sua escolha para vivenciar com você o nascimento do bebê. Faça uma escolha consciente, de alguém que te apoie e tranquilize. Além disso, caso já venha sendo acompanhada por uma doula, você tem o direito que ela esteja presente (Lei nº 16.602/2016), desde que ela tenha cadastro prévio na Maternidade e esteja ciente do regulamento técnico interno.

1. Desejo de conhecer a Maternidade antes do parto.

A visita é oferecida pelo Projeto Vincular e será conduzida por profissionais e estudantes do Departamento de Enfermagem da UFSCar, junto de profissionais da equipe da Maternidade (quando disponíveis).

() sim () não

2. Desejo de que, a todo momento, eu e meu/minha acompanhante sejamos informados de procedimentos que serão realizados comigo e com meu bebê, de preferência explicando a real necessidade do procedimento, bem como seus riscos e benefícios.

() sim () não

3. Estou ciente de que serei assistida pelos profissionais necessários (médico(a) pediatra e obstetra, enfermeiro(a) obstétrica/obstetriz, técnicos de enfermagem) e que, por se tratar de uma Maternidade de ensino, posso ser acompanhada por médicos residentes e alunos – confio no bom senso da equipe para selecionar o número de pessoas presentes e para que ele seja o menor possível:

() sim () não

4. O Ministério da Saúde (2017) recomenda a ingestão de dieta leve e hidratação em situações nas quais a gestante não esteja sob efeitos de opioides ou fatores de risco iminentes que levem a uma anestesia geral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) sua ingestão é benéfica na maior parte dos estudos. Declaro estar ciente de permanecer em jejum caso haja a mínima necessidade de realização de anestesia, como indicado pelos profissionais da Maternidade:

() sim () não

Obs: Alimentação leve e hidratação com água/sucos/chás são importantes fontes de energia para o trabalho de parto. Ambos são oferecidos pela Maternidade, sendo norma da instituição a proibição da entrada com alimentos e líquidos para consumo.

5. Gostaria de um ambiente:

() Com pouca luz

() Sem barulho e conversas

() Com músicas da minha preferência

() Outros. Anote aqui seus demais desejos referentes ao ambiente:



6. Para alívio da dor, estou ciente dos métodos não farmacológicos e gostaria de ser estimulada a experimentar:

- Massagens
- Banho no chuveiro
- Caminhar
- Exercícios na bola
- Orientações sobre técnicas de respiração

Obs: Opções farmacológicas (como analgesia) deverão ser discutidas e avaliadas pela equipe, já que podem levar a um aumento da duração do trabalho de parto, assim como do número de intervenções mais invasivas [ex: parto instrumentalizado (fórceps ou vácuo extrator)].

7. Posições verticalizadas e laterais permitem menor duração do parto normal, redução do desconforto e dificuldade nos puxos (vontade involuntária de fazer força), dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais. Durante o período expulsivo, próximo ao momento do bebê nascer, reconheço as diferentes posições e aceito ser estimulada a experimentá-las:

- sim não



côcoras



quatro apoios



semi-sentada



sentada na banqueta



lateral

8. Desejo ser informada caso seja necessário realizar alguns destes procedimentos: instalação de soro (ocitocina) ou comprimido vaginal (misoprostol) para induzir o parto, rompimento artificial da bolsa de líquido amniótico, episiotomia, rafia de episiotomia e/ou lacerações perineais, desde que a causa e a consequência sejam explicadas a mim e ao meu acompanhante:

- sim não

9. Desejo que o toque vaginal, para saber a dilatação e as condições do colo uterino, seja realizado o mínimo necessário, segundo preconiza o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde para gestantes de baixo risco. Caso seja necessário sua realização com mais frequência, que seja comunicado a mim e meu/minha acompanhante e justificada a realização:

- sim não

10. Se possível, desejo receber meu bebê no meu peito logo após o nascimento para contato pele a pele:

- sim não

11. Desejo que o cordão umbilical, se possível, seja cortado em tempo oportuno (após parar de pulsar ou 3 minutos) por mim ou meu acompanhante:

- sim não

12. Desejo amamentar logo após o nascimento, se possível:

() sim () não

Obs.: A amamentação na primeira hora de vida é importante para sobrevivência infantil, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2018).

13. Estou ciente da realização de uma injeção de ocitocina no meu músculo após o nascimento para evitar hemorragia pós-parto, recomendado pela Organização Mundial da Saúde:

() sim () não

14. Estou ciente da administração de injeção de vitamina K no meu bebê logo após o nascimento para prevenção de hemorragia do recém-nascido, mas tenho preferência que seja ofertado após o primeiro contato com o bebê ou até mesmo enquanto ele estiver sendo amamentado por mim:

() sim () não

15. Estou ciente e aceito a administração de colírio de nitrato de prata nos olhos do meu bebê para prevenir oftalmia neonatal:

() sim () não

Obs.: Caso não aceite a administração de nitrato de prata, comprovo com exame recente a ausência de infecção genital por neisseria gonorrhoeae:

() sim () não

16. Após discutir diferentes métodos contraceptivos na minha unidade de referência, estou ciente da minha opção pelo DIU de cobre e desejo, se possível, sua inserção em até 48 horas do pós-parto na Maternidade, sendo reforçado os riscos e benefícios e a forma como deve ser acompanhado ao longo da vida:

() sim () não

Esse plano de parto expressa meus desejos e preferências, mas declaro estar ciente de que, dependendo das minhas condições e do bebê, serão necessárias intervenções, como a realização de uma cesárea e outros procedimentos. Nesses casos, quero ser previamente comunicada e orientada.

Assinatura: _____

Local e data: ___/___/_____

Assinatura do profissional (pré-natal): _____

BOM PARTO!

Obs.: Tenha uma cópia deste plano para guardar esse registro com você e entregue o original no momento da internação para o/a profissional que a acolher.

"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer." (Michel Odent)

