O que é o Plano de Parto?

O ***plano de parto*** é uma lista de itens relacionados ao parto sobre os quais você pensou e refletiu. Isto inclui escolher onde você quer ter seu bebê, quem vai estar presente, quais são os procedimentos que você aceita e quais você prefere evitar. Funciona como uma carta, onde a gestante diz como prefere passar pelas diversas fases do trabalho de parto e como gostaria que seu bebê fosse cuidado após o nascimento.

No entanto, acreditamos que o maior valor do ***plano de parto*** é justamente propiciar maior reflexão e compreensão sobre o tipo de parto que você prefere. É um exercício que pode ajudá-la a definir aquilo que é importante para você, e com esta informação em mãos, fazer com que esteja mais bem preparada para conversar com sua equipe de cuidadores. Não se trata, portanto, de uma lista de ordens, mas de um ponto de partida para a conversa.

Detalhes podem fazer uma grande diferença para o seu parto, tornando-o uma experiência mais intensa e enriquecedora para toda a família.

Nos últimos quarenta anos muitos procedimentos artificiais foram introduzidos, de modo a tirar do nascimento sua naturalidade. Muitas intervenções não têm respaldo científico para uso rotineiro e são adotadas simplesmente por serem parte de uma tradição médico-hospitalar. Você tem o direito de participar das decisões que envolvem seu bem estar e o do seu bebê, conhecendo os benefícios e prejuízos de cada procedimento realizado na assistência ao seu parto.

Junto com a equipe que irá assistir seu parto, discuta as possíveis intervenções com base nas evidências científicas. Analise com cuidado as opções, juntamente com seu parceiro e explique ao seus cuidadores o quanto elas são importantes para você.

Plano de Parto

_____, _____ e _____
(gestante) (acompanhante) (bebê)

I. Plano Geral de Cuidados

- Maternidade de escolha: Opção 1: _____ Opção 2:_____
- Equipe de cuidadores:
  - Médico GO _____
  - Obstetriz EO_____
  - Doula _____
  - Médico Pediatra ( ) Equipe do Plantão ( ) _____
  - Médico Anestesiologista ( ) Equipe do Plantão ( ) _____

II. Situações especiais

( ) Tenho uma cesariana anterior ( ) Meu bebê está pélvico (sentado)
( ) Tenho Rh negativo ( ) Tenho cultura positiva para Streptococos B
( ) Outra: _____

III. Relacionamento com equipe de cuidadores

( ) A equipe técnica (médicos e enfermeiras obstetras) pode **tomar** as decisões necessárias para a saúde e segurança da mãe e do bebê	( ) Queremos que a equipe discuta conosco qu**alquer procedimento ou medicação** antes da administração e que nos seja dada a chance de escolher após consentimento informado.

IV. Nossos desejos para o parto

O plano de parto expressa nossos desejos e preferências para o nascimento do nosso bebê. Nós nos informamos antes de fazer as escolhas abaixo, e entendemos que há situações onde nossas escolhas podem não ser possíveis. Nestas circunstâncias:

( ) Desejamos ter um parto **NATURAL** sem intervenções ou com o mínimo de intervenções possível	( ) Desejamos ter um parto **NORMAL** (Vaginal) com uso de **analgesia farmacológica** (raqui ou peridural)
( ) Desejamos ter uma **CESARIANA** após diagnosticado o início do trabalho de parto	( ) Desejamos ter uma **CESARIANA eletiva (**agendada)

Planejamento técnico

( ) Gostaria de esperar pelo trabalho de parto espontâneo

( ) Gostaria de tentar a indução do parto normal caso haja necessidade de adiantar meu parto por motivos clínicos (hipertensão, diabetes, restrição de crescimento fetal, rotura prematura de membranas dentre outros)

( ) Gostaria de realizar uma cesariana ***apenas*** por razões clínicas:

- ( ) Parada de progressão do trabalho de parto
- ( ) Sinais de estado fetal não tranquilizador antes da viabilidade do período expulsivo
- ( ) Herpes ativo no momento do parto

( ) Gostaria de realizar uma cesariana durante o trabalho de parto caso me sinta cansada e desmotivada para prosseguir com o trabalho de parto

Tempo

( ) Gostaria de respeitar a duração do trabalho de parto independente da sua duração, desde que eu e o bebê estejamos bem

( ) Gostaria de aguardar até _____ semanas de gestação para a indução do parto

( ) Se minha bolsa se romper antes do início do trabalho de parto gostaria de:

- ( ) realizar a indução do parto
- ( ) aguardar _____ horas antes de iniciar a indução do parto, sendo monitorizada de 6 em 6 horas pela equipe do Instituto Villamil.

( ) Gostaria de utilizar antibioticoterapia _____ horas após a rotura da minha bolsa (ciente do resultado do exame de Streptococos B ____pos ____neg)

V. O ambiente

( ) Desejo passar o trabalho de parto e parto em ambiente fora do bloco cirúrgico (Suíte de Parto PPP / Labour Delivery Room LDR), desde que isto não interfira na segurança do meu parto.

( ) Desejo passar todo o trabalho de parto e parto dentro do bloco cirúrgico

( ) Desejo passar o trabalho de parto no apartamento e ter o parto no bloco cirúrgico

Gostaria que estas pessoas estivessem comigo:

	Durante o trabalho de parto	No momento do nascimento
Meu parceiro		
Minha família		
Minha doula		
Outra _____		

Detalhes especiais que eu gostaria de ter durante meu trabalho de parto:

( ) Pouca luminosidade	( ) _____
( ) Pouca interferência	( ) _____
( ) Pouco barulho	( ) _____

Músicas que desejo ouvir durante meu trabalho de parto

( ) Pendrive / Playlist levada por _____

( ) Amplificador de som levado por _____

( ) Equipe pode escolher e prover músicas para o parto

( ) Não desejo escutar música durante o trabalho de parto e nascimento

VI. A experiência do nascimento

Gostaria de usar:

( ) Meus óculos ( ) Minhas lentes de contato

Sobre imagens durante o trabalho de parto e parto:

( ) Gostaria de ter fotos durante o trabalho de parto

( ) Gostaria de ter fotos apenas do momento do nascimento

( ) Não gostaria de ter fotos de partes íntimas

( ) Terei um fotógrafo particular. Nome / tel: _____

Pessoa que irá contatar o fotógrafo: _____

Momento de contatar o fotógrafo: _____

( ) Gostaria que a equipe da assistência (médico, doula, enfermeira) fizesse fotos do meu parto e me enviasse em seguida

( ) Gostaria que a equipe de assistência **NÃO** fizesse fotos do meu parto

( ) Gostaria que a equipe de assistência fizesse fotos do meu parto mas não quero que fiquem arquivadas. Quero que sejam apagadas após enviadas a mim.

( ) Autorizo ( ) Não autorizo a equipe a postar imagens do meu trabalho de parto em redes socias desde que mostradas a mim antes da postagem

( ) Gostaria de usar um top para cobrir as mamas no momento do nascimento

( ) Gostaria de ter filmagem do ( )trabalho de parto e/ou ( )do nascimento

( ) Outros detalhes: _____

Sobre o momento de ir para a maternidade:

( ) Gostaria de ir para a maternidade na fase latente/inicial do trabalho de parto

( ) Gostaria de ir para a maternidade na fase ativa do trabalho de parto

( ) Gostaria de ter uma ( ) doula ou ( ) obstetriz comigo **em casa** na fase latente/inicial do trabalho de parto

( ) Gostaria de ter uma ( ) doula ou ( ) obstetriz comigo durante o transporte para o hospital

( ) Gostaria de usar, em casa, métodos para alívio da dor: ( ) TENS ( ) Bola de Bobath ( ) Massagens ( ) Banheira ( ) Outros _____

( ) Pessoa que irá comunicar equipe sobre o início do trabalho de parto: _____

Eu prefiro:

( ) Que meu parceiro não seja separado de mim em nenhum momento do trabalho de parto

( ) Ter poucos exames vaginais

( ) Comer durante o trabalho de parto

( ) Beber durante o trabalho de parto

( ) Ser hidratada com líquidos claros

( ) Não ter meu trabalho de parto acelerado desde que eu e meu bebê estejamos bem
( ) Que a rotura das membranas aconteça naturalmente

Eu gostaria de passar o primeiro estágio do trabalho de parto:
( ) Dentro de uma banheira com água morna
( ) Em baixo do chuveiro
( ) Deitada
( ) Caminhando
( ) De pé
( ) Outro: _____

Eu não quero ser submetida a:
( ) Enema ("lavagem" do intestino) ( ) Depilação da área púbica
( ) Acesso venoso ( ) Outro: _____

Pretendo usar os seguintes métodos para alívio da dor:
( ) Técnicas de respiração ( ) Banhos de banheira
( ) Meditação ( ) Tens
( ) Banhos de chuveiro ( ) Massagem
( ) Gás hilariante (Entonox®) ( ) Analgesia com medicamentos (peridural/raqui)
( ) Hipnose ( ) Técnica PartoPositivo®
( ) Acupuntura, realizada por _____
( ) TENS ( ) Alugado no Instituto Villamil ( ) Levado por _____
( ) Decidirei no momento do parto
( ) Outros _____

Eu gostaria de receber medicação para alívio da dor:
( ) Assim que possível
( ) Se eu parecer desconfortável
( ) Apenas se eu solicitar. Por favor, não me ofereça analgesia.
( ) De forma alguma. Mesmo se solicitar, peço que não seja feita analgesia farmacológica.

V- O nascimento (período expulsivo)

Quando estiver tendo os "puxos", gostaria de estar na seguinte posição:
( ) Deitada em cama ginecológica ( ) Deitada de lado
( ) De cócoras ( ) Sentada na cadeira de parto
( ) De Gaskin (de quatro) ( ) Sentada no banco de parto
( ) Semi-sentada em cama ginecológica ( ) De cócoras com apoio

( ) De pé ( ) Decidirei na hora

( ) Outra: _____

Eu ainda gostaria de:

( ) Empurrar o bebê apenas quando eu sentir necessidade (Puxo espontâneo)

( ) Empurrar quando direcionada pelo obstetra ou acompanhante

( ) Não ter limites de tempo para o período expulsivo, desde que eu e meu bebê estejamos bem

( ) Receber analgesia farmacológica antes do início do período expulsivo

( ) Receber nova dose de analgesia durante o período expulsivo se sentir dor neste momento

( ) Ver o nascimento por um espelho

( ) Tocar a cabeça do meu bebê assim que ela coroar

( ) Outro:

_____

V- Eventualidades

Se meu trabalho de parto tiver que ser induzido, eu prefiro:

( ) Métodos naturais (massagens, acupuntura, homeopatia)

( ) Descolamento de membranas

( ) Fita de prostaglandinas

( ) Comprimido de prostaglandinas

( ) Oxitocina venosa

( ) Rotura de membranas

Se meu trabalho de parto tiver que ser acelerado, eu prefiro:

( ) Oxitocina venosa

( ) Rotura de membranas

Presença de mecônio:

( ) Gostaria de manter a tentativa pelo parto vaginal se houver presença de mecônio, desde que meu bebê esteja bem e seja monitorado continuamente

( ) Caso haja presença de mecônio gostaria de tentar a realização de amnioinfusão

( ) Na presença de mecônio desejo que seja realizada uma cesariana

Sobre a episiotomia:

( ) Usar massagem perineal, compressas mornas e posicionamento primeiro

( ) Eu prefiro o risco de uma laceração do que ter uma episiotomia

( ) Eu prefiro uma episiotomia a uma laceração

( ) Desejo ter uma episiotomia como último recurso

( ) Desejo ter uma episiotomia se o obstetra achar necessário

Se for necessário um parto vaginal assistido, eu prefiro:

( ) Uso de fórceps

( ) Uso de vácuo extrator

( ) Que o obstetra decida qual o melhor instrumento para o parto assistido.

( ) Não gostaria de ter um parto vaginal assistido se houver tempo hábil e segurança para a realização de uma cesariana

Se uma cesariana for necessária:

( ) Eu gostaria de estar consciente durante o procedimento

( ) Gostaria de ter meu parceiro comigo durante todo o tempo

( ) Gostaria de ter o campo abaixado de maneira que possa ver o bebê saindo

( ) Gostaria de tocar meu bebê, por favor deixem minhas mãos livres

( ) Por favor explique a cirurgia para mim enquanto ela acontece

( ) Outro: _____

VI- Depois do nascimento

Prevenção de hemorragia

( ) Gostaria de receber manejo ativo do terceiro período do parto para prevenção de hemorragia (tração da placenta + uso de ocitocina intramuscular)

( ) Não gostaria de ter o manejo ativo do terceiro período do parto. Desejo aguardar a saída da placenta espontaneamente.

( ) Desejo apenas: ( ) Tração da placenta ( ) Ocitocina intramuscular

( ) Desejo manejo ativo após 30 minutos de espera da saída natural da placenta

O cordão umbilical

( ) Meu parceiro gostaria de cortá-lo

( ) Desejo que o cordão seja cortado _____ minutos após o nascimento

( ) Espere até que o cordão pare de pulsar para cortá-lo

( ) O sangue de cordão será colhido pela empresa _____. Entrar em contato com _____ pelo telefone _____.

Gostaria de segurar meu bebê:

( ) Imediatamente após o nascimento

( ) Depois de ser limpo e enrolado

( ) Desejo passar a primeira hora de vida com meu bebê sob meu abdôme sem nada entre mim e ele. (Hora de ouro = golden hour). Por favor coloque meu bebê em meu abdôme para contato pele a pele se ele estiver vigoroso.

Gostaria de amamentar:

( ) Imediatamente após o nascimento

( ) Depois o bebê ser limpo e enrolado

( ) Mais tarde

( ) Em momento algum

A placenta:

( ) Gostaria de ver a placenta depois que ela saísse

( ) Não gostaria de ver a placenta depois que ela saísse

( ) Desejo levar a placenta para casa

VI- Cuidados com o bebê *a combinar com equipe da pediatria)*

Procedimentos

( ) Gostaria de ser informada sobre a nota de Apgar do meu bebê

( ) Gostaria que meu bebê não fosse aspirado caso não seja necessário

( ) Gostaria que meu bebê não utilizasse roupas até que eu ache necessário

( ) Gostaria que meu bebê utilizasse roupas fornecidas por mim

( ) Gostaria de que realizassem qualquer procedimento com o bebê na minha presença ou na presença de _____

( ) Desejo que meu bebê receba colírio de antibiótico

( ) Não desejo que meu bebê receba colírio de antibiótico *(estamos cientes dos riscos envolvidos com esta escolha)*

Cuidados de enfermagem

( ) Desejo que os cuidados de enfermagem com meu bebê (pesar, medir, vestir e receber medicamentos) sejam feitos ( )_____ horas após o nascimento ou ( ) apenas depois de já termos estabelecido um vínculo mãe-bebê (irei sinalizar no momento em que estiver pronta)

( ) Desejo que os cuidados de enfermagem com meu bebê sejam feitos em minha presença

Primeiro exame

( ) Gostaria que o primeiro exame médico seja feito em minha presença

( ) Não é necessário que eu assista o primeiro exame

( ) Desejo que o primeiro exame seja assistido por _____

Primeiro banho do meu bebê

( ) Gostaria que não dessem banho no meu bebê sem minha autorização

( ) Eu não faço questão de estar presente ( ) Eu faço questão de estar presente

( ) Meu parceiro gostaria de estar presente

( ) Eu prefiro que o primeiro banho seja dado por mim ou por _____

( ) Não quero que o bebê tome banho na maternidade

Amamentação

( ) Planejo amamentar exclusivamente

( ) Planejo usar fórmula láctea

( ) Planejo amamentar e complementar com fórmula

( ) Planejo amamentar em livre demanda

( ) Planejo amamentar com horário predeterminado

( ) Gostaria de receber um especialista em lactação na maternidade, logo após o parto: Avisar por telefone _____

Por favor não ofereça ao bebê:

( ) Fórmula láctea

( ) Água açucarada (ou com glicose)
( ) Chupeta

VII- Visitas

( ) Gostaria de receber visita no quarto do nascimento logo após o parto
( ) Seja permitida visita no quarto do nascimento _____horas após o parto
( ) Não desejo visitas no quarto de nascimento
( ) Após o nascimento desejo ter visita ilimitada
( ) Podem visitar apenas nos horários predeterminados de visita do hospital
( ) Não quero visitas durante a internação na maternidade

VIII- Outros detalhes importantes para nós