

PLANO INDIVIDUAL DE PARTO

Nome da Gestante: XXX, RG XXX, CPF XXX

Endereço: XXXX

Telefone: XXXX

Nome do Acompanhante: XXX, RG XXX, CPF XXX

Endereço: XXX

Telefone: XXX

Nome do (a) Bebê: XXX

Caros profissionais, após meses de preparação, cursos, leituras e planejamento, chegou o momento de nosso bebê vir ao mundo e desejamos que este momento comece com respeito ao seu nascimento. Por isso gostaríamos de deixar nossos desejos e preferências esclarecidos abaixo. Independente do Plano que for seguido, desejamos que todos os profissionais que prestarem atendimento ao longo do trabalho de parto, parto e cuidados com o bebê discutam em conjunto conosco qualquer procedimento ou medicação antes de sua administração, para que tenhamos chance de escolha e consentimento.

Declaramos que o presente Plano Individual de Parto foi elaborado com base recomendações da OMS, na Lei Federal 11.108/2005, nas Portarias 569/2000, 306/2016, 353/2017 e 371/2014, todas do Ministério da Saúde, bem como as Leis Municipais nº 21.101/2020 e Lei nº 21.913/2023.

No momento da admissão no hospital

- Tão logo seja admitida no hospital para internação e evolução do trabalho de parto, desejo que sejam realizados os exames disponíveis para verificar se o bebê se encontra na posição cefálica ou pélvica e que essa informação seja repassada de imediato, de modo que eu e meu acompanhante possamos decidir qual dentre os planos abaixo será aplicado.
- Desejo que seja permitida a entrada e a permanência da minha doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto sem excluir a presença do meu acompanhante e sem cobrança de taxas adicionais.

Plano A: Parto Natural

Ambiente:

- Desejo ser acompanhada em todos os momentos pelo pai do bebê acima qualificado, (nome do bebê);
- Desejo ser chamada pelo meu nome;

- Desejo um ambiente com pouca iluminação, pouco ruído, música selecionada e providenciada pelo acompanhante e ar-condicionado na temperatura que eu julgar necessária;
- Desejo permanecer no mesmo ambiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; respeitando a estrutura do hospital.
- Desejo ter liberdade para que se faça o registro fotográfico ou em vídeo do trabalho de parto;
- Desejo que a equipe que estiver prestando assistência no quarto use um tom de voz baixo.

Procedimentos:

Seguindo as recomendações da OMS para o atendimento ao parto normal (1996 e 2018), bem como das Portarias no. 569/2000 e 353/2017 do Ministério da Saúde,

- Desejo aguardar meu trabalho de parto iniciar naturalmente até 42 semanas caso esteja tudo bem comigo e com o bebê;
- Desejo que a ruptura da bolsa aconteça naturalmente;
- Desejo ter liberdade de movimentos no trabalho de parto e no período expulsivo;
- Desejo poder fazer uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (exercícios de respiração, posições, vocalizações, massagens, banhos quentes: chuveiro ou banheira);
- Desejo poder me alimentar e me hidratar durante o trabalho de parto;
- Desejo que o trabalho de parto evolua de maneira fisiológica, sem uso de medicamentos ou manobras para acelerá-lo;
- Desejo ter o menor número possível de toques vaginais e, se forem realizados, que o sejam com luvas descartáveis;
- Desejo tentar todos os recursos não farmacológicos para alívio da dor antes de receber medicação. Por favor, não me oferecer analgesia a menos que eu solicite;
- Desejo que o expulsivo aconteça com o menor número possível de manipulações (parto Hands Off);
- Caso necessite de sutura no pós-parto, desejo que seja feita com anestesia local;
- Gostaria de não ter limite de tempo para o expulsivo desde que eu e meu bebê estejamos bem.
- Desejo que a placenta saia naturalmente, sem ser puxada.

Cuidados com o bebê:

De acordo com a PORTARIA no 371, DE 7 DE MAIO DE 2014, que institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS):

- Desejo que o bebê venha imediatamente para os meus braços, em contato pele-a-pele e que permaneça comigo na primeira hora sem interrupções;
- Desejo que o cordão umbilical seja cortado por mim (a mãe), se eu tiver condições, ou o pai (acompanhante), depois de cessadas suas pulsações (no mínimo 3 minutos);
- Desejo que a amamentação seja estimulada na primeira hora de vida do bebê, não oferecer água glicosada, fórmula ou bicos;
- Desejo que os procedimentos de rotina no recém-nascido sejam postergados na primeira hora (exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, vacinação, identificação e outros procedimentos);
- Desejo que a identificação do bebê e a vacinação ocorram com ele em meus braços;
- Não desejo que o bebê receba aspiração das vias aéreas superiores de rotina, apenas se for indispensável;
- Desejo que o bebê fique no colo do pai caso eu precise de suturas locais pós-parto;
- Desejo que o bebê seja mantido com o Vêrnix por pelo menos 6 horas após o parto;
- Alojamento conjunto o tempo todo, eu ou o pai gostaríamos de dar banho e trocar;

Plano B – Parto Normal

Ciente de que o trabalho de parto pode evoluir de maneira inesperada, podendo necessitar de intervenções com base em evidências científicas, seguem meus desejos caso o Parto Natural livre de intervenções não seja possível:

- Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre a necessidade de cada intervenção e de seus possíveis riscos e efeitos colaterais dando meu consentimento para cada uma delas;
- Desejo manter minhas especificações descritas acima relativas ao ambiente, procedimentos e cuidados com o bebê;
- Uso de Ocitocina sintética apenas em caso de contrações fracas ou espaçadas, prefiro que não seja usada antes do período expulsivo e que seja usada apenas na dosagem adequada à necessidade;
- Desejo iniciar indução do trabalho de parto apenas após 42 semanas de gestação com uma indicação médica para tal, salvo se a vida do bebê estiver em risco;
- Desejo que me incentivem a NÃO usar analgesia pelo menos até 7 cm de dilatação ou antes de 12 horas de trabalho de parto.

Plano C: Cesariana

Ciente de que o trabalho de parto pode evoluir de maneira inesperada, podendo necessitar de intervenções cirúrgicas, seguem meus desejos caso haja necessidade de realizar uma cesariana, nos termos da Portaria no. 306/2016 do Ministério da Saúde:

- Presença contínua do acompanhante;
- Manter especificações de ambiente e cuidados com o bebê acima descritas;
- Desejo que o clampeamento do cordão aconteça o mais tardiamente possível (para que meu bebê se beneficie com o aporte de sangue oxigenado pela placenta) e que o bebê seja colocado sobre meu peito nesse período se estiver tudo bem com ele;
- Quero que o bebê permaneça no meu colo até o final da cirurgia e que seja estimulado a mamar ainda na sala de parto;
- Desejo permanecer com o bebê na sala de recuperação;
- Desejo a presença do meu acompanhante na sala de recuperação;

Em caso de gestação de alto risco acrescentando-se aos desejos acima, nos termos da PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013 do Ministério da Saúde e RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 da Anvisa, desejo:

- permanecer, se possível, em alojamento conjunto com meu bebê (Art. 12, XI);
- desejo que meu bebê seja tratado de forma acolhedora (art. 24, IV);

Plano D: UTI

Ciente de que o trabalho de parto pode evoluir de maneira inesperada, podendo necessitar de intervenções ao nascer, seguem meus desejos:

- Desejo que meu bebê tenha um acompanhante consigo o tempo todo (de preferência o pai), em acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Art.12;
- Desejo que a equipe peça meu consentimento ou o do pai antes de cada intervenção com o bebê;
- Desejo poder visitar meu bebê assim que me sentir fisicamente disposta;

- Desejo que meu bebê seja alimentado exclusivamente com Leite Materno. Caso eu não possa suprir a demanda, desejo que seja alimentado com leite do Banco de Leite Humano;
- E que essa amamentação ocorra em copinho descartável e não através de mamadeira;
- Desejo colocar em prática o método Mãe Canguru assim que meu bebê estiver estabilizado.
- Desejo que meu bebê seja tratado de forma acolhedora;

Em qualquer dos planos eu NÃO gostaria de ser submetida a:

- Tratamento desrespeitoso por parte das pessoas que me atenderem no hospital;
- Episiotomia;
- Depilação de pelos pubianos;
- Acesso venoso rotineiro;
- Manobra de Kristeller (empurrões na barriga);
- Fórceps e Vácuo Extrator: caso seja necessário, prefiro que seja usado o vácuo extrator.

Gestante

Acompanhante

Declaro que li e estou ciente das preferências listadas pela gestante XXXX:

Médico Obstetra: _____

Pediatra: _____

Doula (se tiver): _____

Enfermeira(o) Obstetra: _____

Declaro que li e estou ciente das preferências listadas pela gestante XXXX

Médico Obstetra: _____

Pediatra: _____

Doula (se tiver): _____

Enfermeira(o) Obstetra: _____

Equipe De Saúde que auxiliou na elaboração deste plano de parto:

Nome

Titulação