

PLANO DE PARTO

Chegou a hora de planejar a chegada do seu grande amor!

Nessa intensa jornada que é a maternidade, pode ser que você esteja passando por um turbilhão de sentimentos, sensações, sem contar a expectativa de ter o seu bebê nos braços. Ao mesmo tempo, é preciso pensar em um conjunto de detalhes importantes, como as consultas de pré-natal, o quarto, as roupinhas, a mala da maternidade e o mais aguardado: o parto.

Elaborar um Plano de Parto é uma forma de se tranquilizar sobre essa nova etapa. Afinal, neste documento, você poderá manifestar as suas principais vontades sobre este momento único, o nascimento do bebê.

Nome da gestante: _____

Nome do Acompanhante: _____

Nome do Bebê: _____

Nome da Doula: _____

Nome do Fotógrafo: _____

Nome da Enfermeira Obstétrica: _____

Nome da Fisioterapeuta: _____

Data provável para o parto: ____/____/____

Plano de parto

Olá, gostaríamos de entender melhor o que você está pensando ou planejando para o nascimento do seu bebê. Por isso, pedimos que indique, entre as ideias abaixo, o que é mais importante para você. É importante ressaltar que essas ideias não constituem uma lista de obrigações ou permissões para a equipe que estará com você durante o parto, mas permitirá que os envolvidos conheçam seus desejos, escolhas e prioridades.

Compreendendo suas expectativas, poderemos ajudá-la a vivenciar a melhor experiência possível no parto. Entretanto, é importante destacar que a assistência ao parto poderá tomar diferentes rumos em sua evolução. Assim, podem ser necessárias mudanças na conduta da equipe para garantir a sua segurança e a do bebê. Caso alguma alteração no plano seja necessária, a equipe explicará a situação, sempre que possível, considerando a urgência da decisão.

No momento da internação, a equipe multidisciplinar de plantão se apresentará à família.

Declaração de Preferências para o Parto

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao parto vaginal ou cesariana e ao nascimento de meu/minha filho(a). Entendo que a equipe obstétrica buscará sempre adotar as melhores condutas no meu atendimento, considerando as circunstâncias individuais. Reconheço que as normas aqui apresentadas poderão ser ajustadas conforme a evolução do parto, sendo qualquer alteração devidamente informada, sempre que possível, dependendo da urgência da decisão.

Estou também ciente de que, caso ocorra a participação de algum terceiro, será OBRIGATÓRIO o cadastramento prévio do profissional em nosso site: <https://neocenter.com.br/para-profissionais/cadastro-de-terceiros/>, e o envio da comprovação de sua habilitação. A atuação da doula, voltada para o conforto materno, deverá ser previamente acordada diretamente com a paciente. Além disso, a equipe assistente será informada sobre a presença da doula, que deverá cumprir as normas relacionadas à sua atividade e seguir as regras institucionais.

É permitida a presença de até dois (2) acompanhantes durante todo o período de trabalho de parto, desde a admissão até a liberação da paciente para o alojamento conjunto. Em casos de partos realizados no bloco cirúrgico, também são autorizadas duas (2) presenças. Caso a paciente esteja acompanhada por um profissional, como doula, enfermeira ou fotógrafo, este será contabilizado como um (1) dos acompanhantes permitidos.

Durante o período de trabalho de parto, a paciente permanecerá na sala de Pré-Parto, no Leito PP localizado no 1º andar, ou nas suítes PPP situadas no 2º andar, conforme as necessidades individuais de cada gestação e a disponibilidade no momento.

Se não houver contraindicação do obstetra, a paciente poderá, nesse período:

- Ter liberdade para se movimentar e adotar a posição que preferir;
- Fazer uso do banheiro e do chuveiro;
- Utilizar acessórios como bola ou escada.

Acompanhamento e Procedimentos Durante o Trabalho de Parto

- O acompanhamento será realizado por uma equipe obstétrica composta por médicos(as) obstetras e enfermeiros(as) obstetras.
- A paciente sob anestesia, será acompanhada pelo médico anestesista até sua liberação para o alojamento conjunto.
- O uso de soroterapia e/ou medicação depende da indicação do obstetra e será sempre informado à paciente de sua necessidade e indicação.
- O exame obstétrico com ausculta dos batimentos fetais pela equipe de plantão será frequente. Já os exames de toque vaginal, sempre com o uso de luvas, ocorrerão conforme a evolução de cada caso.
- A monitorização fetal (cardiotocografia) poderá ser necessária e será indicada exclusivamente pela equipe assistente (médico e/ou enfermeiro obstetra).
- A ingestão de líquidos pode ser feita até o momento em que houver indicação médica para suspender a dieta.
- Serão utilizados materiais descartáveis e/ou devidamente esterilizados em todo o procedimento.

Registro Fotográfico e Filmagem

O registro fotográfico e filmagem do parto vaginal ou cesárea pode ser realizado pelo acompanhante ou por profissional, previamente cadastrados em nosso sistema, após concordância do médico, desde que devidamente paramentado para o ambiente cirúrgico e desde que sua presença não apresente riscos para a paciente ou seu bebê. A imagem do médico obstetra e toda a equipe médica e de enfermagem deve ser preservada.

Parto Cesariana

- O checklist do parto seguro será realizado após a internação, em momento oportuno.
- O paciente deve ter um acompanhante durante a indução anestésica.
- A sala da cesariana é mantida em temperatura controlada em torno de 26°C.
- A paciente sob anestesia será acompanhada pelo médico anestesista até a sua liberação para o alojamento conjunto.
- É permitida a entrada de 2 (dois) acompanhantes em sala de parto.
- O checklist da cirurgia segura será realizado antes do procedimento cirúrgico.

Pós-Parto

- Após o término do parto, cirúrgico ou vaginal, realizado no bloco, a puérpera será transferida para a sala de recuperação pós-anestésica, onde permanecerá até a sua liberação pelo médico anestesista. Após a liberação, será encaminhada ao alojamento conjunto.
- A mãe e o RN, caso estejam em boas condições clínicas, permanecerão no alojamento conjunto sob supervisão do obstetra, do pediatra e da equipe de enfermagem durante todo o período de internação no Neocenter Maternidade.
- Havendo necessidade e por indicação médica devido a condições da do RN, esse será transferido à unidade de cuidados neonatais, sob os cuidados da equipe de pediatria.

Atendimento Pediátrico na Sala de Parto

- O recém-nascido será assistido ao nascimento pelo pediatra e pela equipe de enfermagem.
- O cartão de pré-natal deverá ser disponibilizado ao pediatra antes do nascimento.
- O pediatra será acionado para participar do nascimento quando a paciente for encaminhada para a sala de parto ou de cesariana, ou sempre que o obstetra julgar necessário.
- Imediatamente após o nascimento, o pediatra realizará a identificação do RN, colocando a pulseira de identificação conforme o protocolo do Neocenter Maternidade.
- A lavagem gástrica do RN será realizada caso o pediatra julgue necessário.

Preferências da Paciente

1. Ambiente de Parto:

- ☐ Desejo passar o trabalho de parto e o parto em ambiente fora do Bloco Cirúrgico (Suíte de Parto ou Leito PP), desde que o espaço esteja disponível e que 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 realizar o parto no Bloco Cirúrgico.

2. Espero ter:

- ☐ Parto normal com analgesia.
- ☐ Parto natural.
- ☐ Cesariana.
- ☐ Parto normal com analgesia após cesariana.
- ☐ Parto natural após cesariana.

3. Sobre ter uma veia “pega” ou sobre infusão contínua de soro fisiológico durante o trabalho de parto:

- ☐ Prefiro não ter.
- ☐ Prefiro ter.
- ☐ Tanto faz.

4. Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita contrações):

- ☐ Prefiro não ter.
- ☐ Gostaria de ter para acelerar o parto.
- ☐ Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem.
- ☐ Tanto faz.

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

- ☐ Prefiro não ter.
- ☐ Gostaria de ter para acelerar o parto.
- ☐ Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem.
- ☐ Tanto faz.

6. Se minha bolsa romper espontaneamente antes de eu entrar em trabalho de parto (rotura prematura das membranas):

- ☐ Gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contraindicação.
- ☐ Não gostaria de ter o parto induzido e preferiria parto cesariana.
- ☐ Tanto faz.

7. Se eu chegar ao final da gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto:

- ☐ Não gostaria de ter o parto induzido e preferiria parto cesariana.
- ☐ Tanto faz.
- ☐ Sei que não é só minha vontade que decide isso. É necessário respeitar os protocolos científicos recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, a estrutura e a rotina do hospital etc.

8. Durante o trabalho de parto (marque todas as opções que desejar):

- ☐ Gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos claros.
- ☐ Prefiro ficar em jejum.
- ☐ Prefiro ver como me sentirei na hora.
- ☐ Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar.
- ☐ Prefiro ficar mais deitada.
- ☐ Prefiro ver como me sentirei na hora.
- ☐ Não gostaria de monitorização contínua dos batimentos do bebê (somente se necessário).
- ☐ Não me oponho à monitorização contínua dos batimentos do bebê.
- ☐ Tanto faz.

9. Se eu sentir dor:

- ☐ Gostaria de usar apenas métodos não farmacológicos para seu controle (banho, bola de Bobath, massagens, banheira).
- ☐ Gostaria de fazer analgesia obstétrica.
- ☐ Prefiro ver como me sentirei na hora.
- ☐ Tanto faz.

10. Na hora do parto, acho que vou preferir ficar na seguinte posição (lembrando que a avaliação obstétrica será consentida juntamente à da paciente):

- | | |
|--|---|
| ☐ Deitada em cama ginecológica. | ☐ De pé. |
| ☐ De cócoras. | ☐ Deitada de lado. |
| ☐ De Gaskin (de 4 apoios). | ☐ Sentada no banco de parto. |
| ☐ Semi sentada em cama ginecológica. | ☐ Prefiro ver como me sentirei na hora. |

11. Sobre fazer força no parto:

- ☐ Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada.
- ☐ Gostaria de empurrar o bebê apenas quando eu sentir necessidade (puxo espontâneo).
- ☐ Empurrar quando direcionada pelo obstetra.
- ☐ Gostaria que me orientassem como fazer força na hora.
- ☐ Tanto faz.

12. Sobre o ambiente:

- ☐ Gostaria que o ambiente tivesse/fosse:
- ☐ Não tenho preferências especiais sobre o ambiente.

13. Em relação ao corte no períneo (episiotomia):

- ☐ Prefiro que não seja realizado como rotina, somente se necessário, e após ser informada.
- ☐ Não tenho qualquer oposição à episiotomia.
- ☐ Tanto faz.

14. Sobre a utilização de fórceps de alívio/vácuo extrator:

- ☐ Gostaria que fosse utilizado fórceps de alívio/vácuo extrator para acelerar a saída do bebê.
- ☐ Não gostaria que fosse usado fórceps de alívio ou vácuo extrator no nascimento, mas sei que algumas vezes é necessário no parto. Então, permito sua utilização somente em casos de necessidade, após ser informada.
- ☐ Não gostaria de ter um parto vaginal assistido, caso haja tempo hábil e segurança para uma cesariana.
- ☐ Tanto faz.

15. Se for necessário ou decidido fazer uma cesariana (marque as opções de sua preferência):

- ☐ Gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente, ao invés de marcar uma cesariana.
- ☐ Prefiro agendar a cesariana, se for possível.
- ☐ Não tenho preferência por agendamento ou não.
- ☐ Não gostaria que minhas mãos ficassem presas durante a cesariana.
- ☐ Tenho medo de encostar sem querer no campo cirúrgico, por isso prefiro que minhas mãos fiquem presas.
- ☐ Não tenho preferência.

16. Assim que o bebê nascer, independente do tipo de parto, normal ou cesariana (marque as opções de sua preferência):

- ☐ Gostaria que ele fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem.
- ☐ Não tenho preferência por colocar o bebê no meu colo ou não.
- ☐ Gostaria de amamentar o bebê na primeira hora.
- ☐ Não gostaria de amamentar (ou sei que não posso).
- ☐ Não tenho preferência quanto à amamentação.
- ☐ Gostaria de ficar o máximo possível com o bebê ainda na sala de parto e na sala de recuperação, sem interrupções (mas sei que existe uma rotina do hospital que deve ser seguida).
- ☐ Não tenho preferência.

17. Sobre a placenta:

- ☐ Estou ciente de que serão realizadas manobras para ajudar a placenta a sair (como tração controlada do cordão e massagem uterina), conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde.
- ☐ 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 e me responsabilizo pelo armazenamento.
- ☐ Não tenho preferência.

18. Sobre os cuidados com o bebê:

- ☐ Gostaria que fosse feita higiene do bebê conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível), em casos especiais, como HIV positivo e Hepatite B.
- ☐ Gostaria que o banho fosse dado por mim com auxílio da equipe de enfermagem em momento oportuno.
- ☐ Gostaria que o banho fosse dado pela equipe de enfermagem em momento oportuno.
- ☐ Tanto faz.

19. Sobre a amamentação (marque as opções que desejar):

- ☐ Quero amamentar o bebê sob livre demanda.
- ☐ Quero tentar amamentar o bebê em horários fixos.
- ☐ Não quero ou não vou amamentar o bebê.
- ☐ Quero fazer amamentação exclusiva.
- ☐ Não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso esteja prescrito pela equipe assistente. Se o meu bebê for um bebê de risco para hipoglicemia, será seguido o protocolo do serviço.
- ☐ Não tenho preferência.

20. Sobre a raspagem de pelos (tricotomia) e lavagem intestinal (enema):

- ☐ Estou ciente de que não é rotina a realização da tricotomia para o parto vaginal nem a lavagem intestinal, conforme orientação da Organização Mundial de Saúde.

21. Sobre ocitocina intramuscular:

- ☐ Estou ciente da realização de ocitocina intramuscular para prevenir hemorragia pós-parto, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde, independentemente da via de parto, após o desprendimento do bebê.

22. Existe forte e comprovada evidência em aplicar o colírio de iodopovidona nos RN de parto vaginal ou cirúrgico para prevenção de oftalmologia neonatal. Portanto, é rotina do nosso serviço a administração do mesmo na primeira hora de vida, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria. O risco de conjuntivite neonatal e suas consequências não justificam a não utilização dessa prática.

☐ Estou ciente.

23. Existe forte e comprovada evidência da administração de vitamina K ao nascimento para prevenir a doença hemorrágica do RN. A rotina do nosso serviço é a aplicação de 1mg IM em todos os RN, conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

☐ Estou ciente.

24. Além de tudo o que assinaliei acima, gostaria de registrar as seguintes observações e detalhes:

Por fim, confio na competência da equipe multidisciplinar e na sua intenção de seguir este Plano de Parto, dentro do possível, para tornar seguro e especial este momento tão importante.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura da mãe

Assinatura do obstetra

Assinatura do pediatra