

PLANO DE PARTO – GNDI HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA

BRÍGIDA

Nome da Gestante: -----

Nome do Acompanhante: -----

Estamos CIENTES de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento, caso tudo transcorra bem.

Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser PREVIAMENTE AVISADOS E CONSULTADOS a respeito das alternativas.

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Presença do meu acompanhante **durante o meu trabalho de parto**, mesmo durante procedimentos invasivos. Estou ciente que meu acompanhante pode ser convidado a aguardar em sala próxima se houver necessidade de montagem de campos cirúrgicos/ procedimento anestésico ou risco para o acompanhante;
- **Sem tricotomia (raspagem dos pelos) e enema.** Considerar tricotomia pubiana parcial em casos de cesariana.
- Liberdade para dieta apropriada para o período de pré-parto e tomar líquidos de minha vontade, enquanto seja tolerado. Caso eu precise ficar em jejum, que o mesmo seja devidamente explicado para mim;
- **Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar;**
- **Liberdade para uso da banheira e/ou chuveiro**, mas estou ciente que pode ser necessário interromper o banho momentaneamente por alguma situação maior;
- Manter um ambiente calmo, sem ruídos e com menos interrupções possíveis;
- Liberdade para ouvir minhas músicas;
- Manter as luzes baixas;
- Analgesia: Estou ciente que tenho acesso à analgesia de parto mas peço que não seja oferecido anestésico ou analgésico. Eu pedirei quando achar necessário;
- Meu parceiro e minha doula possam tirar fotos e/ou vídeos, caso eu deseje;
- Gostaria que não fosse feita a administração de ocitocina artificial sem meu consentimento, nem como primeiro método de indução, sem antes tentar métodos não farmacológicos;
- Não aceito toque com tanta frequência. Sei que o toque faz parte do exame físico e que é um procedimento legítimo da avaliação médica mas desejo que ele se limite estritamente ao necessário, **com meu consentimento e após devidamente explicado para mim;**
- Não quero que as membranas amnióticas sejam rompidas sem meu consentimento, e somente após devidamente explicado para mim.

PARTO (HORA DO NASCIMENTO)

- Liberdade para escolher a posição que me sentir melhor, seja na cama ou fora da mesma;
- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, ao invés de ser guiada;

- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora, evitando ao máximo as pessoas entrando e saindo do quarto;
- **EM NENHUMA HIPÓTESE** aceitarei que **minha barriga seja empurrada para baixo** (manobra de Kristeller);
- **Episiotomia** – Embora eu entenda que a episiotomia tem sua aplicabilidade e valor em determinados casos, desejo que a mesma seja feita apenas em caso de real necessidade. Se esse for o caso, desejo ser informada e consultada antes da realização, para poder emitir minha opinião e possíveis contestações;
- Gostaria que meus braços e pernas estejam livres durante todo o parto e que não sejam “**amarrados ou contidos**”, inclusive em caso de necessidade de cesárea. Exceto em casos restritos em que eu possa ter dificuldades em meu controle motor;
- Gostaria de ter **meu bebê colocado imediatamente em meu colo após o parto** com liberdade para amamentar, exceto em casos em que haja necessidade de atendimento emergencial por parte do pediatra de plantão;
- Ter contato pele a pele com o bebê por pelo menos 15 minutos;
- Aceito a realização de Ocitocina IM imediatamente após o parto;
- Gostaria que minha placenta dequitasse espontaneamente, realizando o manejo ativo e não a puxando com força;
- Desejo ter opção de realizar carimbo da placenta;

APÓS O PARTO

INDEPENDENTE DA VIA DE PARTO:

- Clampeamento do cordão **preferencialmente após o mesmo parar de pulsar**, mesmo que tenham passado os 3 minutos do nascimento. Entendo que o clampeamento do cordão possa ser antecipado se houver necessidade de conduta ativa do pediatra, principalmente em manobras de ressuscitação neonatal;
- Gostaria que o meu acompanhante cortasse o cordão umbilical se houver segurança para essa ação;
- **Ter o bebê comigo o tempo todo na sala de parto**, mesmo para exames e avaliação. Se houver necessidade de atuação emergencial do pediatra em manobras de ressuscitação, entendo que o mesmo pode solicitar atendimento em sala mais apropriada com circulação restrita;
- Caso o bebê necessite ser encaminhado para outro local, que seja previamente justificado e que eu ou meu acompanhante deve ir junto com o RN, respeitando condutas para não dificultar a ação emergencial das equipes;

CUIDADOS COM O BEBÊ

INDEPENDENTE DA VIA DE PARTO:

- Gostaria de ter **meu bebê colocado imediatamente em meu colo após o parto** com liberdade para amamentar, e que o ambiente seja mantido silencioso, com baixa luminosidade e temperatura agradável. Salvo em situações de emergência neonatal;
- Ter contato pele a pele com o bebê por pelo menos 15 minutos;
- Gostaria de amamentar na primeira hora de vida e que a amamentação seja feita sobre **livre demanda**;
- Solicito que não seja feita a administração de **nenhum colírio** (iodopolvidona, nitrato de prata ou outro) visto que meus exames deram negativos;

- Solicito que **não seja feita a aspiração das vias aéreas sem real necessidade**;
- Entendo que a passagem de sonda no RN via oral e anal pode abreviar diagnóstico de mal formações esofágicas e intestinais, sendo útil para uma ação mais eficiente de correções necessárias e redução de riscos. **Mesmo assim dou-me o direito de não querer que a sonda seja passada** para verificar se há abertura do esôfago ou ânus, visto que isso pode ser observado durante os dias do internamento com a ocorrência do mecônio e a mamada;
- **Não quero** que seja oferecida água glicosada, leite artificial, complementos, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê sem meu consentimento;
- Gostaria de dar o primeiro banho em momento apropriado e que seja feito por mim ou meu acompanhante, se houver condições de segurança para o RN;
- Gostaria de receber liberação para o alojamento conjunto o quanto antes, e por todo o tempo que precisar ficar na maternidade.
- Solicito que seja realizado o teste do pezinho ampliado (master).

CASO A CIRURGIA CESARIANA SEJA NECESSÁRIA

- **Solicito a presença do meu acompanhante na sala de parto;**
- Anestesia: Peridural ou raquidiana, **preferencialmente sem sedação em momento algum**, e quero me manter acordada no final da cirurgia. Entendo que há situações clínicas em que a sedação seja necessária mas que essa seja feita em último caso e com a ciência minha ou do meu acompanhante;
- Gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa ver o nascimento;
- Após o nascimento, **gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito** e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo;
- Gostaria de permanecer com o bebê no **contato pele à pele** o maior tempo possível durante o desenvolver do ato cirúrgico;
- **Entendo que situações emergenciais podem privar-me desse contato próximo com o RN mas desejo que minhas escolhas sejam priorizadas ao máximo.**

DURANTE NOSSA ESTADIA NO HOSPITAL

- Gostaria de permanecer o tempo todo em alojamento conjunto;
- Solicito ser informada sobre todos os exames feitos no bebê e que eu ou meu acompanhante esteja presente na realização de exames ou procedimentos;
- Solicito que seja realizado o teste do pezinho ampliado (master);
- Gostaria de receber informações sobre como dar banho e amamentar meu bebê.

Este Plano de Parto sugerido pelo Hospital Santa Brígida reúne elementos que representam nossa vontade em relação a esse momento tão importante de nossas vidas. Desejo que nossos desejos e nossa autonomia sejam atendidos da maneira mais plena possível. **Sabendo que por razões de força maior pode haver procedimentos em desacordo com o que está expressamente descrito aqui e**

que, nesse caso, esses sejam DEVIDAMENTE JUSTIFICADOS EM NOSSO PRONTUÁRIO MÉDICO.

GESTANTE

ACOMPANHANTE

HOSPITAL: _____.

Recebido por (nome e função) _____.

Data: _____ de _____ de _____.