

PLANO DE PARTO E PREFERÊNCIAS AO NASCIMENTO

Diretrizes Antecipadas da Parturiente • Normas FEBRASGO, Ministério da Saúde e OMS

Nome Completo da Gestante:	_____
CPF / Documento de Identidade:	_____ / _____
Nome do(a) Acompanhante:	_____ (Lei Federal nº 11.108/2005)
Doula Assistente (se houver):	_____
Médico(a) Obstetra do Pré-Natal:	_____
Idade Gestacional e DPP:	_____ semanas • Data Provável do Parto: _____ / _____ / 2026
Maternidade / Hospital:	_____

Declaração de Vontade e Respaldo Legal: Este documento formaliza as escolhas conscientes, esclarecidas e informadas da parturiente para o seu trabalho de parto, parto e pós-parto, com respaldo nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde do Brasil e da OMS. Solicitamos respeitosamente que esta via seja anexada ao prontuário médico de admissão.

1. Trabalho de Parto e Dilatação

- Acompanhante Contínuo:** Presença irrestrita de acompanhante de minha livre escolha em todas as dependências hospitalares (Lei Federal nº 11.108/2005).
- Liberdade de Posição:** Liberdade total para caminhar, agachar, sentar na bola suíça de pilates e adotar posições ativas para alívio fisiológico.
- Alívio Não Farmacológico da Dor:** Preferência por uso de água morna (chuveiro ou banheira), massagens lombares, respiração ritmada e ambiente silencioso à meia-luz.
- Ingestão de Líquidos e Alimentos Leves:** Manutenção de hidratação e ingestão de sucos, água e alimentos de fácil digestão conforme aceitação digestiva.
- Intervenções Fisiológicas:** NÃO autorizo realização de amniotomia precoce de rotina, tricotomia pubiana, lavagem intestinal (enema) ou infusão contínua de ocitocina sem indicação clínica expressa e esclarecida.
- Monitoramento Fetal Intermitente:** Ausculta dos batimentos cardíacos com sonar Doppler a cada 15 a 30 minutos, evitando imobilização contínua no leito em gestação habitual.

2. Período Expulsivo e Nascimento

- Posição no Parto:** Liberdade para parir na posição vertical (semi-sentada, quatro apoios, cócoras ou banqueta de parto), evitando a posição litotômica (deitada de costas).
- Puxos Espontâneos:** Fazer força conforme o reflexo involuntário do corpo, sem comandos de apneia prolongada dirigida (manobra de Valsalva forçada).
- Episiotomia:** NÃO autorizo episiotomia de rotina. Caso ocorra emergência obstétrica estrita, solicito consentimento informado prévio e anestesia local eficaz.
- Manobra de Kristeller:** Proibida expressamente pelo Ministério da Saúde e FEBRASGO; não deve ser realizada sob qualquer pretexto.
- Analgesia Farmacológica:** Desejo ser esclarecida sobre a opção de analgesia de parto peridural caso sinta necessidade no momento oportuno.

PLANO DE PARTO (CONTINUAÇÃO)

Diretrizes Neonatais, Cuidados Imediatos e Termo de Ciência

3. Cuidados com o Recém-Nascido (A Hora Dourada)

- Contato Pele a Pele Imediato:** Bebê colocado diretamente sobre o tórax/colo materno logo após o nascimento se estiver vigoroso e respirando espontaneamente.
- Clampeamento Tardio do Cordão:** Aguardar a cessação completa das pulsações do cordão umbilical (1 a 3 minutos) antes do corte, permitindo ao acompanhante cortá-lo caso deseje.
- Amamentação na Primeira Hora:** Estímulo à primeira mamada espontânea ao peito materno ainda na sala de parto.
- Procedimentos Neonatais Posteriores:** Pesar, medir, examinar, aplicar nitrato de prata e vitamina K somente após a primeira hora ininterrupta de contato pele a pele.

4. Puerpério Imediato e Alojamento Conjunto

- Alojamento Conjunto 24 Horas:** Permanência contínua do bebê ao lado da mãe e do acompanhante durante todo o período de internação.
- Aleitamento Materno Exclusivo:** Não oferecer fórmulas artificiais, soro glicosado, bicos de silicone ou chupetas sem prescrição médica expressa e consentimento materno.
- Apoio Especializado em Amamentação:** Orientação da equipe de enfermagem obstétrica sobre técnica de pega correta para prevenção de fissuras e ingurgitamento.

5. Preferências Especiais e Observações da Família

Espaço reservado para solicitações adicionais (ex: iluminação especial, música ambiente, registros fotográficos, descarte ou doação de placenta):

Assinatura da Gestante

Parturiente / Responsável Legal

Assinatura do Acompanhante

Garantido pela Lei Federal nº 11.108/2005

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) / Enfermeiro(a) Obstetra

Recebido na Admissão da Maternidade • Anexado ao Prontuário Clínico