



MATERIAL 04 · MODELO EDITÁVEL

Modelo de *Plano de Parto*

Registre suas preferências para o trabalho de parto, o parto e os primeiros cuidados com o bebê — e leve para conversar no pré-natal.

Glossário dos termos do formulário

Durante o trabalho de parto

Acompanhante

Pessoa da sua escolha que fica com você durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. É um direito garantido pela Lei nº 11.108/2005 no SUS e na rede conveniada.

Doula

Profissional que dá apoio físico e emocional (massagem, posições, encorajamento). Não faz procedimentos médicos. Regras de entrada variam conforme a maternidade e a legislação local — confirme antes.

Métodos não farmacológicos de alívio da dor

Recursos sem medicamento: banho morno de chuveiro ou banheira, bola de pilates (bola suíça), massagem, compressas, respiração, movimentação livre, ambiente com pouca luz e silêncio.

Analgesia (peridural ou raquidiana)

Anestesia aplicada nas costas que reduz a dor do trabalho de parto. Pode ser pedida pela mulher; a disponibilidade e o momento dependem da avaliação da equipe e da estrutura da maternidade.

Ocitocina sintética ("soro")

Medicamento que intensifica as contrações. Pode ser indicado em situações específicas; é seu direito saber por que está sendo usado.

Amniotomia

Rompimento artificial da bolsa pela equipe. As diretrizes do Ministério da Saúde não recomendam que seja feito de rotina.

Toque vaginal

Exame para avaliar a dilatação. Você pode pedir que seja feito só quando necessário e sempre com explicação prévia.

Monitoramento dos batimentos do bebê

Pode ser intermitente (de tempos em tempos, com aparelho portátil) ou contínuo (cardiotocografia). A escolha depende do seu risco e da avaliação da equipe.

MEU PLANO DE PARTO

Sobre mim

1/5

Olá! Este é o meu plano de parto. Ele reúne minhas preferências e foi pensado para ajudar na nossa conversa. Sei que podem surgir situações que exijam mudanças e, nesse caso, peço que me expliquem o que está acontecendo.

Meu nome _____

Como gosto de ser chamada _____ Data provável do parto _____

Maternidade _____

Equipe / profissional do pré-natal _____

Acompanhante _____ Telefone _____

Doula (se houver) _____ Telefone _____

Tipo sanguíneo _____ Alergias _____

SAÚDE E HISTÓRIA

Esta é a minha:

☐ 1ª gestação ☐ 2ª gestação ☐ 3ª ou mais ☐ Já tive parto normal ☐ Já tive cesárea

Condições de saúde, medicamentos em uso ou informações importantes:

O que mais me preocupa (ou me dá medo) sobre o parto:

O que me ajuda a ficar calma:
