

## Plano de parto

### Identificação da Mulher

Nome:

  

Doc. identificação: BI ☐ CC ☐ Passaporte ☐

Nº  validade

Nº de utente:

O Plano de Parto do HDES foi elaborado com base no Modelo Orientador da DGS (2020).

Este plano permite expressar as expectativas da grávida ou do casal em relação ao modo como gostariam que decorresse o trabalho de parto e o nascimento do bebé. Idealmente, será elaborado com a colaboração dos profissionais de saúde que acompanham a gravidez, de forma que os cuidados de saúde e os procedimentos desejados reflitam uma vontade informada, esclarecida e livre. Pode ser alterado por vontade própria, em qualquer momento.

Será respeitado sempre que possível, podendo estar condicionado aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento do parto, bem como a fatores de ordem clínica, com o objetivo de preservar a segurança da mãe, do feto e do recém-nascido. Sempre que tal seja necessário, a grávida ou o casal será informado e serão discutidas alternativas.

É fundamental entender que os trabalhos de parto e partos não são acontecimentos constantes e totalmente previsíveis, e que todas as expectativas e planos de parto estão sujeitos à situação clínica, e que qualquer técnica que seja necessário realizar, decorrente da evolução do trabalho de parto, será efetuada sempre em prol do bem-estar materno e fetal.

### 1. Acompanhamento da grávida: participação do futuro pai e/ou outra pessoa significativa

Durante o trabalho de parto, pretendo estar acompanhada, incluindo em situação de cesariana (Despacho nº. 5344-A/ 2016, de 19 de abril):

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Nome da pessoa significativa / acompanhante:

### 2. Privacidade

O HDES é um hospital com idoneidade para formação de enfermeiros e médicos internos da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia e de Medicina Geral e Familiar. A formação é indispensável à prestação de cuidados de saúde na nossa região e à primazia pela qualidade dos mesmos, o que apenas é possível com a manutenção deste ensino. Salientamos que toda e qualquer intervenção é sempre tutelada e com a preocupação de não provocar desconforto desnecessário às utentes.

Aceito a participação tutelada de profissionais em formação na assistência ao parto:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

### 3. Informação

No sentido de exercer o consentimento informado, esclarecido e livre, pretendo ser informada da evolução do trabalho de parto e participar nas decisões acerca do mesmo, depois de conhecer as alternativas possíveis:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

### 4. Período da dilatação

Durante esta fase, são adotadas, de forma sistemática, medidas com o objetivo de aumentar a segurança e salvaguardar o bem-estar da mulher e do feto, como por exemplo:

- Colocação de um cateter venoso periférico de modo a permitir uma atuação rápida em situações urgentes

e imprevistas, que comprometam o bem-estar fetal ou materno. O facto de o colocar, não significa que lhe seja dada medicação ou soros através dele;

- É utilizada e monitorização contínua da frequência cardíaca fetal;
- A tricotomia (depilação, por corte dos pelos) da região perineal, e a aplicação de microclisteres para limpeza da ampola retal, não são procedimentos de rotina e só serão realizados se o desejar;
- Poderá manter a ingestão de água, chá açucarado, café, gelatina e/ ou líquidos isotónicos (exceto em situações clínicas em que seja considerado um risco acrescido para a grávida, como no caso de se prever que possa ser necessário uma cesariana emergente);
- Durante este período, o toque vaginal é um meio fundamental de obter informação sobre a evolução do trabalho de parto e de tomada de decisões no decurso do mesmo. O número de vezes realizado será apenas o estritamente necessário e varia consoante a fase do trabalho de parto, sendo sempre realizado após o esclarecimento prévio da parturiente;
- A rotura da bolsa de águas acontece geralmente de forma espontânea; no entanto, pode ser necessário, por razões médicas (devidamente esclarecidas no momento), proceder à rotura artificial (amniotomia). Este procedimento é simples, não doloroso e seguro para a grávida e para o feto.

Pretendo ter liberdade de movimentos, como caminhar ou sentar, se tiver condições clínicas para tal:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo ser observada com o número mínimo de toques vaginais:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo usar materiais de apoio como bola de Pilates e almofadas:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo ingerir água, gelatina, chá açucarado e/ou líquidos isotónicos:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

## 5. Controlo da dor

Pretendo usar métodos não farmacológicos de alívio da dor, como liberdade de movimentos, respiração e técnicas de relaxamento:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo analgesia epidural, se tiver condições clínicas para tal:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

## 6. Indução do parto

Pretendo que, em situação de necessidade, seja usada medicação “para provocar” ou acelerar o parto:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo que seja feita rotura artificial da “bolsa de águas” apenas nas situações em que seja clinicamente indicado:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

## 7. Período Expulsivo

Esta fase compreende o período desde a dilatação completa até ao nascimento do bebé.

A posição adotada no serviço durante os esforços expulsivos é semi-sentada com flexão das coxas sobre o abdómen. Esta posição facilita a descida do bebé através do canal de parto e é a posição que melhor permite resolver complicações imprevistas que podem comprometer o bem-estar do recém-nascido (como a distócia de ombros) e que carecem de resolução imediata. Não existe experiência dos profissionais que assistem ao parto na resolução destas complicações noutras posições alternativas.

Em determinadas situações, com indicações médicas precisas, poderá ser necessário recorrer à instrumentação do parto com ventosa ou fórceps. Será sempre informada desta necessidade pelo médico que assiste ao parto.

A episiotomia (corte no períneo) não é feita por rotina neste hospital. É realizada de forma criteriosa, quando se prevê que a sua não realização provoque perda de qualidade de vida para a mãe, nomeadamente por lesões que podem originar incontinência urinária ou de fezes, ou em situações clínicas em que para preservar o bem-estar do bebé, haja necessidade de acelerar o seu nascimento. Será sempre informada desta necessidade pelo profissional de saúde que a acompanha.

Desejo iniciar esforços expulsivos apenas quando sentir necessidade (caso essa sensação não esteja “bloqueada” devido à analgesia epidural):

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Em caso de não sentir “vontade de puxar” devido à analgesia epidural, desejo ser auxiliada por um profissional de saúde, de forma a poder coordenar os meus esforços expulsivos com as contrações uterinas:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Autorizo a realização de episiotomia apenas se, no período expulsivo, o profissional que assiste ao parto o considerar estritamente necessário:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Autorizo a utilização de ventosa ou fórceps para auxílio no nascimento, desde que considerado necessário pelo médico que assiste ao parto, e de acordo com as normas de boa prática clínica, que regem a sua utilização:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

### 8. Nascimento

Pretendo, caso não haja contraindicação, que seja realizada clampagem tardia do cordão umbilical (1 minuto após o nascimento):

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo, caso não haja contraindicação, que seja o acompanhante a proceder ao corte do cordão umbilical:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo, se e quando possível, fazer contacto pele-a-pele com o bebé:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Caso não me seja possível fazer contacto pele-a-pele com o bebé, pretendo que o acompanhante o faça:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

### 9. Aleitamento do recém-nascido

Pretendo alimentar o bebé com:

Leite materno ☐ Leite artificial ☐

Caso tenha respondido "Leite materno":

Pretendo iniciar a amamentação na 1ª hora de vida:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo apoio para a estimulação e extração precoce de leite materno, caso haja necessidade de afastamento temporário do bebé:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Desejo ser informada acerca de grupos e linhas de apoio ao aleitamento materno a que possa recorrer após a alta hospitalar:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

### 10. Após o Nascimento

Pretendo receber informação e estar presente nos procedimentos a realizar ao recém-nascido:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

### 11. Outras expectativas não mencionadas /comentários:

Tomei/Tomamos conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento. Declaro que são exatas e completas as informações por mim prestadas, no que respeita aos cuidados de saúde e aos procedimentos que pretendo receber antes, durante e após o parto. Mais declaro estar ciente de que a concretização das intenções expressas neste documento estará dependente, no todo ou na parte, da evolução clínica do processo do trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como de constrangimentos logísticos que possam estar presentes na instituição de saúde onde ocorra.

Data:

Assinatura

(conforme documento de identificação civil)