



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO ALENTEJO



HOSPITAL
JOSÉ JOAQUIM
FERNANDES - BEJA

Serviço de Obstetrícia

Formulário

Plano de Nascimento

Este documento permite expressar as expectativas e as preferências da grávida e do(a) acompanhante em relação ao modo como gostariam que decorresse o trabalho de parto e o nascimento do seu filho(a). A aplicação efetiva do plano de nascimento no dia do parto pressupõe um esclarecimento prévio com os profissionais de saúde da instituição onde pretende realizar o seu parto (consulta de plano de nascimento). Este contacto de proximidade visa a reflexão conjunta sobre os procedimentos desejados pela grávida e sobre as expectativas face à sua experiência de parto.

Não obstante devido à imprevisibilidade do trabalho de parto e à possibilidade de ocorrência de situações que alterem o bem-estar materno-fetal, o plano de nascimento poderá ser modificado por vontade própria e/ou em decisão conjunta com a equipa de saúde, em qualquer momento. Deste modo, sugere-se o seu preenchimento com recurso a lápis.

A construção deste plano de nascimento institucional foi baseada no modelo preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS), disponível para consulta no site da internet da entidade de saúde e no documento *“Cursos de preparação para o parto e parentalidade –CPPP e cursos de recuperação pós-parto”*.

IDENTIFICAÇÃO DA GRÁVIDA (E ACOMPANHANTE, SE APLICÁVEL)

Grávida:

Nome _____

Documento de Identificação: CC ☐ Passaporte ☐ Nº: _____ Validade: __/__/____

Nº de utente do SNS: _____

Nº do Processo (a preencher pela instituição no momento do parto): _____

Acompanhante:

Nome _____

Documento de Identificação: CC ☐ Passaporte ☐ Nº: _____ Validade: __/__/____

Nº de utente do SNS: _____

Nota: Todos os itens adiante mencionados contemplarão 3 possibilidades de preenchimento: Sim; Não; Indiferente

A - Acompanhamento da grávida: participação do futuro pai e/ou outra pessoa significativa
Durante o trabalho de parto, pretendo estar acompanhada: Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
Caso tenha respondido sim , ☐ Sempre ☐ Apenas em alguns momentos (<i>Especifique:</i> _____)

B – Privacidade
Tal como referido no documento de apoio “Informação- Plano de Nascimento”, a ULSBA acolhe alunos de enfermagem e de medicina. Tendo em conta o direito à sua privacidade e atendendo a que podem estar presentes, no momento do seu internamento, estudantes em formação, vamos garantir a presença do menor número possível de pessoas face à situação clínica.
Aceita a presença <u>observacional</u> de estudantes em formação? Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
Aceita a <u>participação tutelada de profissionais</u> (não pertencentes à equipa) em formação pós-graduada, na assistência ao parto? Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
<i>Observações:</i> _____

C- Informação

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

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Observações: _____

D- Indução do Parto

A indução do parto pode estar indicada em situações de risco maternofetal acrescido (p.e. pré-eclampsia, restrição de crescimento intrauterino, rutura prematura de membranas, diabetes gestacional ou prévia, HTA gestacional, entre outros) ou às 41 semanas de gestação em gravidez de baixo risco. A decisão de indução do parto é um critério médico.

Pretendo a indução do trabalho de parto, em caso de:

- Situações de risco maternofetal acrescido

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

- Rutura prematura de membranas com evidência de compromisso fetal

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

- A partir das 39 semanas de gestação

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

- A partir das 41 semanas de gestação

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo que seja usada medicação “para provocar” o parto:

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Observações:

E- Período de Dilatação

Nesta fase do trabalho de parto, pretendo:

- A administração de microclister de limpeza intestinal
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- A realização de tricotomia no períneo
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Utilizar a minha roupa/camisa
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Que me seja canalizada veia periférica
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Ter liberdade de movimentos, como seja, caminhar ou sentar, dançar
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Estar deitada
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Usar materiais de apoio como bola de pilates, almofadas
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Ingerir água, chá açucarado e/ou líquidos isotónicos, gelatina
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Que me seja realizado o menor número de toques vaginais
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Que me seja realizada a rutura de bolsa de águas, apenas se clinicamente indicado
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- Pretendo que seja usada medicação “acelerar” o parto
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Observações:

F- Controlo da Dor

Pretendo usar métodos não farmacológicos de alívio da dor (p.e. deambulação, liberdade de movimentos, técnicas de respiração e relaxamento, massagens, musicoterapia, hidroterapia- uso de chuveiro, bola de pilates).

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo analgesia epidural quando eu a solicitar, e se tiver condições clínicas para tal

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Se respondeu **sim**:

☐ Com possibilidade de deambular Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Observações: _____

G- Período Expulsivo

De acordo com as condições avaliadas no momento, pretendo escolher a posição para o parto, adotando, no entanto, uma posição semi-sentada.

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Desejo iniciar esforços expulsivos apenas quando sentir necessidade (caso não haja contra-indicação)

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 administração de ocitocina, como prevenção de hemorragia pós-parto

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Observações: _____

H- Nascimento

Pretendo que o ambiente da sala de partos seja sereno, confortável e com baixa luminosidade

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Pretendo, caso não haja contraindicações, realizar a laqueação tardia do cordão umbilical (não inferior a 1 minuto após o nascimento)

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Se **sim**, gostava que o corte fosse realizado por:

Por mim ☐ Pelo acompanhante ☐ Obstetra/Enfermeira Especialista ☐

Desejo fazer contato pele-a-pele com o bebé

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Caso tenha respondido **sim**:

- ☐ Contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento e durante o máximo de tempo possível;
- ☐ Contato pele-a-pele num momento posterior.

Em caso de realização de cesariana, ou minha indisponibilidade após o parto, pretendo que o meu acompanhante faça contato pele-a-pele

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Gostava que a administração de vitamina K fosse administrada no momento do contato pele-a-pele

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Observações:

I- Aleitamento do Recém-Nascido

Pretendo alimentar o meu bebé com:

- ☐ Leite materno
- ☐ Leite artificial
- ☐ Indiferente

Em caso de aleitamento materno:

- ☐ Pretendo iniciar a amamentação na primeira hora de vida ou assim que possível;
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- ☐ Pretendo apoio para estimulação e extração precoce de leite materno, caso haja necessidade de afastamento temporário do bebé (p.e. internamento em neonatologia);
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- ☐ Pretendo que em caso de necessidade de alimentar temporariamente o recém-nascido com leite artificial, que este seja oferecido por copinho ou seringa em vez de tetina;
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
- ☐ Pretendo ser informada acerca de grupos e linhas de apoio ao aleitamento materno a que possa recorrer após a alta hospitalar.
Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Observações:

J- Após o parto
Pretendo receber informação e estar presente nos procedimentos a realizar ao recém-nascido Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
Pretendo que o meu acompanhante possa assistir/participar no banho do meu bebé Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐
<i>Observações:</i>

K- Outras Expetativas/Desejos Não Mencionados

Tomei/ámos conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento.

Declaro/amos estar ciente/s de que a concretização das intenções expressas neste documento estará dependente, no todo ou na parte, da evolução clínica do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como de constrangimentos logísticos que possam estar presentes ou vir a ocorrer na instituição de saúde.

É do meu/nosso conhecimento que, mesmo em trabalho de parto, podemos modificar as preferências previamente manifestadas no plano.

Data ____/____/____

Assinatura/s (conforme documento de identificação civil)
