

PLANO DE PARTO

O plano de parto, também chamado de plano de nascimento, é um documento escrito pela grávida e acompanhante, e deve refletir os seus desejos e expectativas para o momento do parto. Este documento deve servir de guia para os profissionais de saúde que assistem a grávida no Bloco de Partos e deve ser elaborado entre as 28 e as 32 semanas de gravidez.

Recomenda-se à grávida/acompanhante que visitem o hospital de referência para conhecer as opções que têm ao seu dispor e tomar uma decisão baseada num conhecimento prévio.

É fundamental entender que o parto não é um acontecimento totalmente previsível, pelo que poderá ser necessário adaptar o plano de parto em conformidade com a evolução do mesmo.

Evitar a obsessão pelo “parto perfeito” contribui para uma boa experiência do parto. Deve ser tido em conta que todas as expectativas e planos de parto estão sujeitos à situação clínica, pelo que podem ocorrer desvios se a evolução do parto o requerer, e pode ser necessária a realização de algumas técnicas sempre em prol do bem estar materno e fetal, nomeadamente (indução do trabalho de parto, rutura artificial da bolsa amniótica, administração de ocitocina, monitorização fetal contínua, impossibilidade de levante, recurso a ventosa/fórceps, episiotomia ou avanço para cesariana).

O plano de parto deve acompanhar a grávida durante todo o processo de trabalho de parto, para que uma vez avaliados os possíveis riscos, se possa adaptar os desejos expostos no plano com a evolução de todo o processo.

Plano de Parto

Nome Completo: _____ Idade: _____

Local de vigilância da gravidez _____

Data provável do parto: _____ Partos anteriores: _____

Tipo de Parto: _____ Parto Natural: _____

As preferências para o momento do parto e nascimento do bebé são as seguintes:

Procedimentos durante a admissão:	
Administração de microclister	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tricotomia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ambiente e acompanhante durante o trabalho de parto e parto:	
A pessoa que quero que me acompanhe durante o parto é:	
Uso de roupa pessoal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Música	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Luz suave	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Máximo silêncio possível	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número limitado de pessoas na sala de partos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Procedimentos durante o Trabalho de Parto:	
Colocação de acesso venoso só quando for mesmo necessário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ingestão de líquidos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Liberdade de movimento (caminhar, utilização da bola de partos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de duche	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Observações vaginais limitadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ruptura artificial de bolsa amniótica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de ocitocina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Avaliação do Bem-Estar fetal:	
Monitorização externa intermitente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Monitorização externa contínua	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Auscultação com doppler	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Métodos para alívio da dor:	
Métodos não farmacológicos (massagens, bola, água, frio/calor)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Métodos farmacológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Analgesia epidural	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informação sobre a influência do uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos na amamentação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Procedimentos durante o Período Expulsivo:	
Posição ginecológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Iniciar esforços expulsivos só quando tiver vontade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Toque da cabeça do bebé assim que começar a coroar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Episiotomia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nascimento do bebé:	
Corte do cordão umbilical quando deixar de pulsar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Corte do cordão umbilical pela mãe/acompanhante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento do bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Primeiros cuidados ao bebé prestados perto da mãe/acompanhante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Início do aleitamento materno na primeira meia hora de vida	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Promoção de tempo sós: mãe/acompanhante/bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estadia no hospital:	
Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Amamentação em horário livre	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informação de todos os cuidados prestados ao bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Presença da mãe em todos os procedimentos realizados ao bebé	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Primeiro banho do bebé dado pela mãe/companheiro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Para além dos itens assinalados gostaria ainda:

Assinatura: _____