

PLANO de PARTO - Maternidade CUF

A Maternidade CUF felicita-vos por esta etapa de vida tão especial e, agradece o vosso interesse e confiança pela escolha do nascimento do vosso filho na nossa Maternidade.

No âmbito de um **Plano de Nascimento**, que depreende desejos e preferências em relação ao modo como gostariam que ocorresse o trabalho de parto, o parto e o nascimentos do bebé, a Maternidade CUF, assegura uma equipa multidisciplinar que se compromete com uma assistência competente e, disponível para o acompanhamento seguro e feliz no nascimento do vosso filho(a).

As vossas preferências para o parto devem ser respeitadas sempre que possível. Contudo, estas podem ser condicionadas aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento em que o parto ocorra, assim como a fatores de ordem clínica inesperados, exigindo procedimentos que não estavam previstos, tendo em vista preservar a segurança da mãe, do feto ou do bebé, obrigando à adaptação deste plano de parto, de acordo com a situação clínica.

Neste sentido, a Maternidade disponibiliza o documento: “**Plano de Parto - Maternidade CUF**” com informação sobre orientações relacionadas com as normas da Instituição e sobre práticas que desenvolvemos no acompanhamento da mulher grávida/casal em trabalho de parto e parto, práticas essas recomendadas e reconhecidas pela Direção Geral de Saúde e Organização Mundial Saúde como promotoras do bem-estar da mãe e bebé.

Informação pertinente a transmitir

- **Consentimento informado, livre e esclarecido**
 - Pressupõe a explicação de todos os procedimentos e esclarecimento de dúvidas, possibilitando à mulher/casal participar nas decisões acerca da evolução do trabalho de parto e pós-parto, depois de conhecer as alternativas possíveis.
- **Acompanhamento/visitas**
 - Durante o **trabalho de parto**, é permitido um acompanhante, que poderá alternar com outro acompanhante. Não é permitida a permanência de dois acompanhantes em simultâneo. No momento do período expulsivo só é permitido um acompanhante sem possibilidade de troca;
 - No **Internamento no Puerpério**, as visitas são permitidas de acordo com a disponibilidade e organização do serviço.
- **Admissão e acolhimento na Maternidade**
 - Durante o trabalho de parto será feita a admissão e acolhimento por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia que acompanhará o seu trabalho de parto em parceria com o seu

Médico Assistente (se este estiver disponível) e/ou com um Obstetra que se encontra na Maternidade (equipa permanente 24h);

- É realizada a monitorização Cardiotocográfica Fetal Externa (CTG) **contínua**, para garantir a vigilância permanente do bem-estar materno-fetal;
- Será pedido o consentimento para canalização de **acesso venoso** (veia puncionada) - procedimento obrigatório para segurança materno-fetal.

- **Ingestão**

- Durante o trabalho de parto há possibilidade de ingestão controlada de água, chá açucarado e líquidos isotónicos.

- **Controlo da dor**

- Possibilidade de utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor: liberdade de movimentos, utilização da bola de nascimento, técnicas de respiração, duche, aromaterapia, musicoterapia (disponibilização de coluna de som);
- Possibilidade de controle farmacológico da dor: *walking* epidural.

- **Posicionamento no período expulsivo**

- As questões que surgirem relativamente a este tópico devem ser discutidas com o Obstetra Assistente e com o Obstetra que irá realizar o parto (no caso de não ser o mesmo).

- **Práticas promotoras do bem-estar mãe/recém-nascido, desde que a condição clínica mãe/bebé o permitam**

- Laqueação tardia do cordão - esperar pelo menos 1 minuto até laqueação do cordão;
- Contacto pele a pele (precoce e/ou tardia);
- Promoção do aleitamento materno na 1ª hora de vida (*golden hour*);
- Apoio permanente no processo de amamentação;
- Alojamento conjunto (mãe/companheiro/recém-nascido).

Considerando escolhas personalizadas e individuais, facultamos este modelo para que possa preencher e partilhar com a nossa equipa.

Identificação da mulher/casal

Nome (mulher): _____

Documento de Identificação: _____ N° _____

Nome (companheiro/pessoa significativa): _____

Médico Assistente: _____

Data Provável Parto: ____/____/____

Nome bebé: _____

Acompanhamento da mulher	Sim	Não	Indiferente
Pretendo estar acompanhada em trabalho de parto			
Pretendo estar acompanhada em período expulsivo, incluindo situação de cesariana			
Identificação do Acompanhante			
Nome: _____	Parentesco: _____		

Privacidade	Sim	Não	Indiferente
Aceito presença de estudantes em formação			
Aceito participação tutelada de profissionais em formação na assistência ao parto			
Observações			

Controlo da dor	Sim	Não	Indiferente
Pretendo usar apenas métodos não farmacológicos no alívio da dor, como liberdade de movimentos, respiração e técnicas de massagens, utilização de bola de nascimento, duche, aromaterapia			
Pretendo analgesia epidural, por minha solicitação, no momento desejado e, se tiver condições clínicas para tal, após esclarecimento médico e preenchimento de Consentimento Informado.			
Observações			

Indução do parto	Sim	Não	Indiferente
Pretendo apenas, em situação de necessidade, o uso de medicação “para provocar” o parto			
Aceito que seja realizada rotura artificial da “bolsa de águas”, se o profissional que me está acompanhar achar benéfico para a evolução do meu trabalho de parto			
Pretendo iniciar esforços expulsivos apenas quando sentir necessidade, participando ativamente e em conjunto com quem assiste o parto			
Observações			

Nascimento	Sim	Não	Indiferente
Pretendo a realização de contacto pele a pele após o nascimento e durante o máximo de tempo possível			
Em caso de impossibilidade do contacto pele a pele com a mãe, pretendo que este seja realizado com o pai/outro progenitor			
Pretendo que a laqueação do cordão umbilical seja feita entre o 1º e o 2º minuto de vida e que o corte do mesmo seja realizado por mim ou pelo meu acompanhante, sempre que a situação clínica o permitir			
Pretendo estar presente (se possível) e ser informada de todos os procedimentos de rotina a realizar ao recém-nascido			
Aceito a realização de episiotomia, apenas em situação de imperatividade			
Pretendo ser informada dos procedimentos realizados no pós-parto (episiotomia, dequitação, outros)			
Observações			

Aleitamento do recém-nascido	Sim	Não	Indiferente
Pretendo iniciar amamentação na 1ª hora de vida			
Pretendo apoio para estimulação e extração precoce de leite materno, caso haja necessidade de afastamento temporário do bebé, por questões clínicas			
Aceito, em caso de necessidade, alimentar temporariamente o recém-nascido com leite artificial, que este seja oferecido por copo, seringa em vez de tetina			
Desejo ser informada sobre serviços de apoio ao aleitamento materno a qual posso recorrer após a alta hospitalar			
Pretendo alimentar o recém-nascido com leite artificial			
Observações			

Outras expetativas não mencionadas

Tomei/tomámos conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento. Declaro/declaramos que são exatas e completas as informações por mim/nós aqui prestadas, no que respeita aos cuidados de saúde e aos procedimentos que desejo/desejamos receber, que me/nos são indiferentes ou que não desejo/desejamos receber antes, durante e após o parto.

Mais declaro/declaramos estar/estarmos ciente/cientes de que a concretização das intenções expressas neste documento estará dependente, no todo ou em parte, da evolução clínica do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como de constrangimentos logísticos que possam estar presentes na Instituição de Saúde onde ocorra.

Assinatura(s) (conforme documento de identificação civil)

Data: ____ / ____ / ____