

RESOLUÇÃO Nº165/2025

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria Nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 3 de julho de 2025, às 14 horas, por webconferência.

Considerando a Lei Estadual nº 12.194, de 30 de julho de 2024, que dispõe sobre autonomia e direitos da gestante e da parturiente no período do parto até o período do puerpério e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne;

Considerando a Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024, que altera a portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne;

Considerando a necessidade de elaboração do Plano de Parto da Rede de Alyne da Região Saúde Central, pela a área técnica da Superintendência Regional de Saúde de Colatina;

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução nº 013/2025 da CIR Central, que aprova o Plano de Parto da Rede Alyne da Região de Saúde Central, conforme Anexo Único.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória (ES), 4 de julho de 2025.

TYAGO RIBEIRO HOFFMANN

Secretário de Estado da Saúde
Presidente da CIB/SUS-ES

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO Nº 013/2025 DA CIR CENTRAL

MEU PLANO DE PARTO

Nome da Gestante:

.....

Nome do Bebê:

.....

Data Provável do Parto:

.....

Unidade Básica de Saúde de Referência:

.....

Hospital de Referência:

.....

Desejo que meu Plano de Parto seja respeitado na medida do possível. Entendo que podem surgir situações imprevistas e, nesses casos, peço que eu seja informada com antecedência e consultada sobre as opções disponíveis.

.....

Assinatura da Gestante

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O que levar para a

maternidade? () Roupas

para a mãe e o bebê. ()

Chinelo para o banho

() Material de higiene íntima (sabonete, absorvente) () Exames, ultrassonografias

e cartão de pré-natal

() Documentos de identificação com foto, seu e do acompanhante Obs: Acompanhante deve estar de calçado fechado e calça.

PLANO DE PARTO RECEBIDO:

MATERNIDADE:

PROFISSIONAL:

DATA:/...../.....

Existe algo que eu gostaria que soubessem:

1 - Desejo conhecer a maternidade () Sim () Não

Visita agendada para//

- 2 – Posso Protocolo do Planejamento Reprodutivo para realização do seguinte método contraceptivo no pós-parto:
- DIU
 - Laqueadura
 - Contraceptivo Hormonal (Oral ou Injetável)
 - Nenhum
- 3 – Desejo que me acompanhe durante a internação na Maternidade: Marido / Esposa / Parceiro(a) / Pai do bebê
- Mãe
 - Filho (a) maior de 18 anos
 - Amigo (a) / outro familiar
 - Nenhum
- 4 – Terei um doula me acompanhando Sim Não
Obs: A doula precisa ser cadastrada na Maternidade 15 dias antes do Parto.
- 5 – Com relação a Via de Nascimento, desejo:
- Parto Normal, se não houver contraindicação
 - Desejo cesariana eletiva por escolha pessoal e compreendo os riscos após informação da equipe de saúde, de acordo com a Lei 12.194 de 30 de julho de 2024
- 6 – Desejo que meu Parto seja fotografado Sim Não
Obs: O fotógrafo precisa ser cadastrado na Maternidade 15 dias antes do Parto.
- 7 - Desejo que eu e meu (minha) acompanhante, sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê, incluindo qualquer intervenção necessária durante o Trabalho de Parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina, cesariana e etc)
- Sim Não
- 8 - Desejo ter liberdade para alimentar-me e beber líquidos. Sim Não
- 9 – Desejo os seguintes cuidados no ambiente durante o Trabalho de Parto:
- Ambiente com pouca luminosidade
 - Ouvir música da minha escolha
 - Pouco Barulho e conversa
 - Privacidade
- 10 – Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor não farmacológicos (assinale um ou mais itens):
- Massagens (realizadas pelo(a) acompanhante)
 - Orientações sobre técnicas de Respiração
 - Movimentar e/ou andar caso

- queira. () Banho de chuveiro
- 11 – Desejo ser informada a respeito dos métodos farmacológicos disponíveis na instituição hospitalar. E peço que conversem comigo fora do período de contração uterina
() Analgesia medicamentosa simples
() Analgesia com bloqueio peridural se solicitado.
() Outros métodos conforme necessidade e avaliação.
- 12 – Desejo que na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia corte na vagina () Sim () Não
- 13 – Não autorizo que minha barriga seja empurrada para baixo (manobra de kristeller) () Sim () Não
- 14 – Desejo escolher a posição na hora do nascimento do meu bebê. () Semi-sentada com cabeceira elevada
() Cócoras
() Banquetas
() De quatro apoios
(Gaskin) () Em pé
- 15 – Se houver necessidade de romper a minha bolsa artificialmente, quero ser orientada para dar meu consentimento () Sim () Não
- 16 – Assim que o bebê nascer, gostaria de:
() Pegar o meu bebê no colo imediatamente
() Receber o meu bebê quando me sentir pronta para tal.
() Ter pelo menos 1 hora contínua com o meu bebê no colo, se estiver tudo bem (hora ouro) () Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida.
- 17 – Desejo que o clameamento do cordão umbilical seja feito em tempo oportuno: () Pelo Profissional
() Pelo acompanhante
() Por mim mesma
- 18 – Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê, tanto no parto normal como na cesariana, sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde () Sim () Não
- 19 – Não gostaria que meu bebê recebesse aspiração das vias aéreas de rotina, apenas se estiver com dificuldade para respirar () Sim () Não
- 20 – Não quero que meu bebê receba aspiração gástrica de rotina. () Sim () Não

- 21 - Desejo ter o meu bebê comigo o tempo todo, enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação. () ()
- 22 - Desejo que o pai ou o acompanhante acompanhe o meu bebê, caso ele necessite de atendimento () ()
- 23 - Desejo realizar amamentação sob livre demanda; () sim () Sim

CASO A CESÁRIA SEJA NECESSÁRIA/ESCOLHA

- 24- Desejo entrar em trabalho de parto (início), antes de ser indicado a cesariana, se não houver contraindicações; ()
- 25 - Desejo que meus braços fiquem livres para poder segurar meu bebê; () Sim () Não
- 26 - Gostaria que a equipe mantivesse o silêncio durante a cesariana, evitando conversas paralelas não relacionadas ao procedimento; () Sim () Não
- 27 - Na hora do nascimento do meu bebê, desejo que abaixem o campo para que eu possa vê-lo nascer ()
- 28 - Gostaria que meu bebê e meu acompanhante estivessem comigo na recuperação cirúrgica ()
- 29 - Gostaria que o meu bebê não fosse levado para o berçário, se estiver tudo bem, e ter alojamento conjunto o quanto antes ()
- 30 - Caso eu precise usar sonda vesical de demora, desejo que seja retirada logo após o término do efeito da anestesia. ()

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

TYAGO RIBEIRO HOFFMANN
SECRETARIO DE ESTADO
SESA - SESA - GOVES
assinado em 04/07/2025 17:35:26 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 04/07/2025 17:35:26 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ANDREIA MEIRELES BARBOZA (ASSISTENTE ADMINISTRATIVO (MGS) - CIB - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-5BGMLW>