

RESOLUÇÃO Nº 013/2025

A Comissão Intergestores Regional da Região Central de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 259/2024 de 19/12/2024, reunida ordinariamente no dia 24 de junho de 2025 presencialmente, às 08:30 horas.

Considerando:

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 - Aprovar o Plano de Parto da Rede Alyne da Região de Saúde Central, conforme Anexo Único.

Art2º- Instituir que o Plano de Parto da Rede Alyne da Região de Saúde Central, seja utilizado para todas gestantes da Região de Saúde Central.

Art.3º - Estabelecer que esta Resolução entre em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Art. 4º - Encaminhar à **CIB/SUS/ES** para conhecimento e homologação.

Colatina, 26 de junho de 2025.

IZABEL DOS SANTOS OLIVEIRA
Secretária de Saúde de Sooretama
Coordenadora da Cir Região Centra

RESOLUÇÃO Nº 013/2025 – ANEXO ÚNICO

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 clampeamento 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:

WILLENE DOS SANTOS MACHADO ZORZANELI

FONOAUDIOLOGO - QSS

SRSC - SESA - GOVES

assinado em 10/07/2025 09:51:43 -03:00

IZABEL DOS SANTOS OLIVEIRA

CIDADÃO

assinado em 10/07/2025 10:13:21 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 10/07/2025 10:13:21 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por WILLENE DOS SANTOS MACHADO ZORZANELI (FONOAUDIOLOGO - QSS - SRSC - 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-FQV8QG>