

DIREITOS

Toda pessoa que gesta tem direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança tem direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis no SUS.

Direitos trabalhistas: licença-maternidade de 120 dias para pessoas gestantes com carteira de trabalho assinada; não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por justa causa; mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde
DE a saúde do bebê; receber DECLARAÇÃO COMPARECIMENTO sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame; ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar até o bebê completar seis meses; licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento do bebê.

Direitos nos serviços de saúde: receber atendimento com respeito e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, identidade de gênero, religião, idade ou condição social; ser chamada pelo nome que preferir. Caso seja adolescente: você tem o direito, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de ser atendida com sigilo, privacidade, autonomia e receber informações sobre planejamento reprodutivo e sexualidade responsável; direito de ser atendida sozinha, se preferir.

Recomenda que os serviços de saúde assegurem às gestantes surdas ou com deficiência auditiva o direito à presença de intérprete de LIBRAS ou atendente pessoal de sua escolha nas consultas e exames pré-natal e atendimentos em maternidades, especialmente no parto e no pós-parto. Esta recomendação também se aplica às gestantes migrantes e indígenas que apresentem barreiras de comunicação, garantindo o direito em relação à presença de um intérprete do seu idioma, sem prejuízo ao direito ao acompanhante garantido pela Lei Federal nº 11.108/2005.

Referência: adaptado da Caderneta da Gestantes (8a edição) e Nota de recomendação DAPPS/DAGAE/SES- N° 01/2022

TELEFONES ÚTEIS

- Samu: 192
- Ouvidoria-Geral do SUS: 136
- Polícia Militar: 190
- Central de Atendimento à Mulher: 180
- Corpo de Bombeiros: 193
- Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: 100
- Disque Parar de Fumar: 0800 61 1997
- Telefone Ouvidoria SES/RS: 0800 6450 644
- WhatsApp: (51) 98405-4165



Plano de Parto baseado no guia “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, da Organização Mundial de Saúde – 2000 e no livro “Parto Normal ou Cesárea: tudo o que as mulheres deveriam saber” de Ana Cristina Duarte e Simone Grilo Diniz – Ed. Unesp – 2000, no Plano de Parto do Hospital da Universidade Federal de Uberlândia e no Portal Drauzio Varella.



1ª EDIÇÃO



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

PLANO DE PARTO

GOSTARIA QUE ME CHAMASSEM DE: _____

O PROVÁVEL NOME DO MEU/MINHA BEBÊ É: _____

MINHA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA É: _____

DESEJO CONHECER A MATERNIDADE:

() SIM VISITA AGENDADA PARA:
() NÃO _____

DESEJO QUE ME ACOMPANHE DURANTE A INTERNAÇÃO NA MATERNIDADE (LEI FEDERAL 11.108/2005):

GOSTARIA DE TER A PRESENÇA DE INTÉRPRETE DE LIBRAS OU ATENDENTE PESSOAL, DE MINHA ESCOLHA, DURANTE OS ATENDIMENTOS:
() SIM () NÃO

GOSTARIA DE TER A PRESENÇA DE INTÉRPRETE DO MEU IDIOMA, DE MINHA ESCOLHA, DURANTE OS ATENDIMENTOS:
() SIM () NÃO

ASSINATURA PACIENTE

ASSINATURA ACOMPANHANTE

ASSINATURA PROFISSIONAL





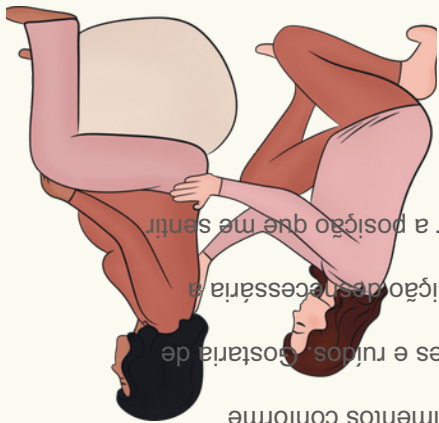
e consultados a respeito das alternativas. Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, devemos ser previamente avisados



DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

() Gostaria que fossem oferecidas opções não medicamentosas para alívio da dor disponíveis na maternidade, e que eu possa escolher no momento o método que me sentir confortável. Ex: chuveiro, banheira, bola obstétrica, massagem, óleos essenciais;

() Peço que seja orientada quanto as opções de analgesia disponíveis e eu solicitarei quando



() Desejo ter liberdade para beber água e ingerir alimentos conforme solicitar;

() Desejo um ambiente acolhedor, com poucas luzes e ruídos. Gostaria de poder colocar uma música de minha escolha;

() Desejo respeito a minha privacidade, sem exposição desnecessária a pessoas;

() Quero poder me movimentar livremente e adotar a posição que me sentir confortável;



NA HORA DO PARTO:

() Quero ficar no mesmo lugar do trabalho de parto para o bebê nascer;

() Quero escolher a posição mais confortável para mim;

() Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;

() Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora, apenas com os profissionais indispensáveis no local;

() Gostaria de um ambiente com luzes baixas;

() Gostaria que a temperatura do ar-condicionado esteja em temperatura ambiente, confortável pra mim e para o meu bebê;

() Caso seja necessário realizar cirurgia cesariana devido a alguma indicação clínica, solicito ser informada das razões.



CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA:

() Quero o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;

() Quero a presença do/a meu/minha acompanhante na sala de cirurgia;

() Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar-condicionado desligado;

() Gostaria que o clampeamento do cordão umbilical fosse feito em tempo oportuno;

() Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê imediatamente sobre meu peito no contato pele a pele, se estivermos em condições;

() Gostaria de tentar amamentar o bebê com a ajuda de um/a profissional neste momento, se estivermos em condições;

() Quero que meu bebê e meu/minha acompanhante estejam comigo na recuperação cirúrgica;

() Gostaria de ir para o alojamento conjunto assim que estiver em condições.

APÓS O PARTO

() Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo após o parto em contato pele a pele, com liberdade para amamentar, se estivermos em condições;

() Gostaria que o clampeamento do cordão umbilical fosse feito em tempo oportuno, se possível, que meu/minha acompanhante realizasse o corte;

() Caso ocorra alguma laceração e seja necessário realizar suturas, que seja realizada anestesia local;

() Se disponível na maternidade, gostaria da inserção de DIL de cobre, para aproveitar a minha internação e garantir a minha contracepção.



CUIDADOS COM O BEBÊ

desconforto sejam realizados em meu colo e de preferência durante o aleitamento (mamamalgêsia);

() Quero que seja eu ou meu/minha acompanhante a dar o primeiro banho no bebê, após pelo menos 24h;

() Quero ficar com meu bebê no alojamento conjunto o tempo todo. Caso esteja cansada ou necessite de ajuda eu solicitarei.

() Gostaria que os procedimentos que causem dor ou desconforto aos cuidados realizados na rotina do hospital aconteçam após a primeira hora de vida (hora dourada);

() Se possível, quero ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;

() Caso o bebê precise de atendimento e seja levado, o/a acompanhante deverá acompanhá-lo/a o tempo todo;

() Desejo ser informada sobre qualquer conduta adotada com o meu bebê;

() Desejo realizar a amamentação de livre demanda para o bebê e receber auxílio e orientações necessárias;



EXISTE ALGO QUE GOSTARIA QUE SOUBESSEM DE NÓS (COLOCAR AQUI QUESTÕES IMPORTANTES: CULTURAIS, DESEJOS, MEDOS OU PREOCUPAÇÕES, DOENÇAS, RESTRIÇÕES OU DEFICIÊNCIAS QUE VOCÊ POSSUA)