

Edson Borges de Souza
Hospital Sofia Feldman, BH

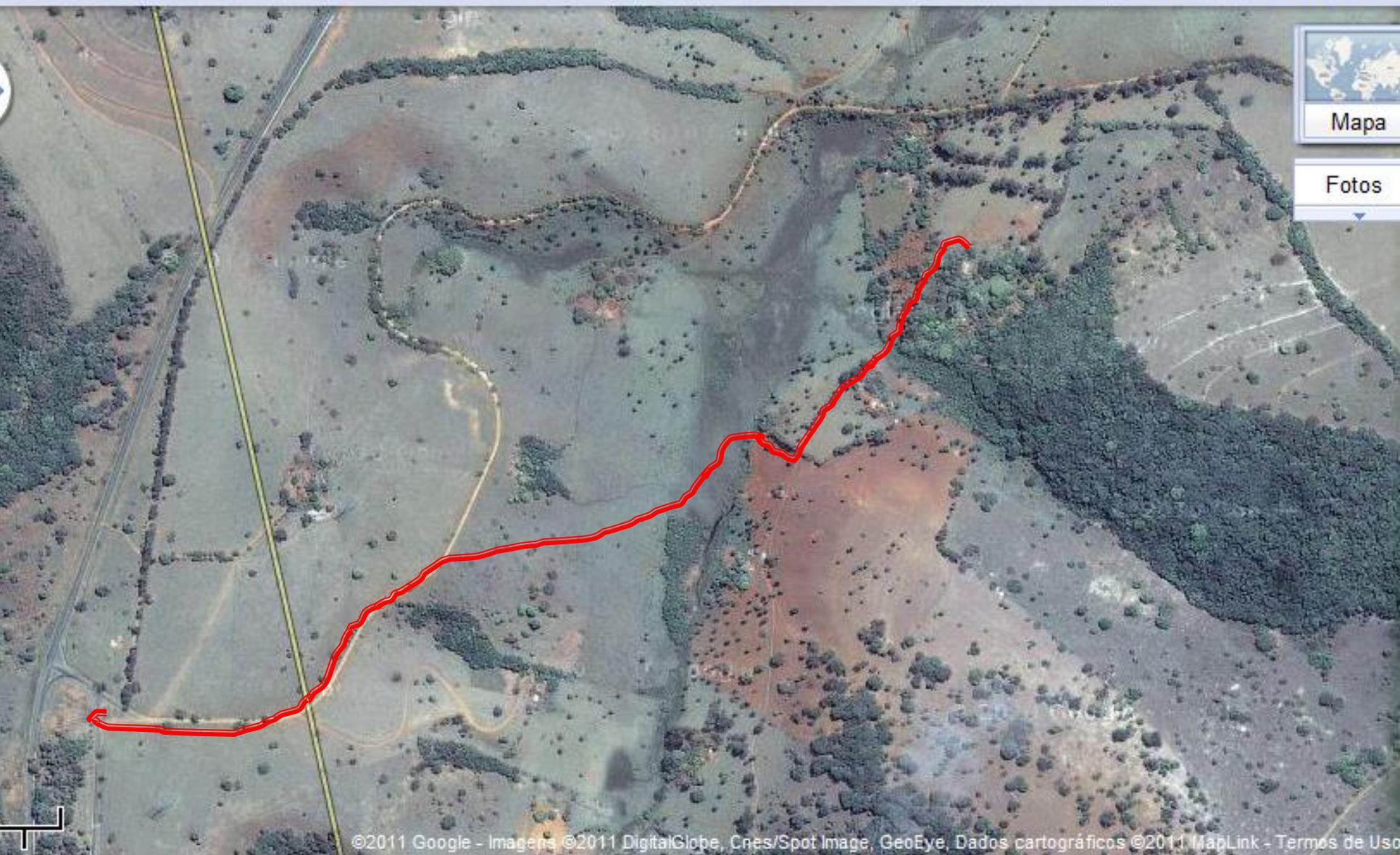
Transformando o Modelo de Atenção Obstétrica e Neonatal no Brasil: desafios e perspectivas

edsonsouza71@yahoo.com.br





jul. 79



Mapa

Fotos

frédéric leboyer

nascer sorrindo

9.^a
edição



editora brasiliense

2002, obstetra formado



2 de janeiro de 2005



Joint Interregional Conference
on Appropriate Technology for Birth

Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985

ICP/MCH 102/m02(S)
0175V
10 June 1985

The Regional Office for Europe and the Regional Office for the Americas of the World Health Organization held a joint Conference that was attended by over 60 participants from north and south America and Europe, representing midwives, obstetricians, pediatricians, health administrators, sociologists, psychologists, economists, and service users. The Conference made a number of recommendations based on the principle that each woman has a fundamental right to receive proper prenatal care; that the woman has a central role in all aspects of this care, including participation in the planning, carrying out and evaluation of the care; and that social, emotional and psychological factors are decisive in the understanding and implementation of proper prenatal care.

General recommendations

1. Health ministries should establish specific policies about the incorporation of technology into commercial markets and health services.
2. Countries should develop the potential to carry out cooperative surveys to evaluate birth care technology.
3. The whole community should be informed about the various procedures in birth care, to enable each woman to choose the type of birth care she prefers.
4. Women's mutual aid groups have an intrinsic value as mechanisms for social support and the transfer of knowledge, especially with relation to birth.
5. Informal perinatal care systems (including traditional birth attendants), where they exist, must coexist with the official birth care system and collaboration between them must be maintained for the benefit of the mother. Such relations, when established in parallel with no concept of superiority of one system over the other, can be highly effective.
6. The training of people in birth care should aim to improve their knowledge of its social, cultural, anthropological and ethical aspects.
7. The training of professional midwives or birth attendants should be promoted. Care during normal pregnancy and birth, and following birth should be the duty of this profession.
8. Technology assessment should be multidisciplinary and involve all types of providers who use the technology, epidemiologists, social scientists, and health authorities. The women on whom the technology is used should be involved in planning the assessment as well as evaluating and disseminating the results. The results of the assessment should be fed back to all those involved in the research as well as to the communities where the research was conducted.
9. Information about birth practices in hospitals (rates of Caesarean section, etc.) should be given to the public served by the hospitals.
10. The psychological well-being of the woman and a relation of her choice d
11. The healthy newborn must remain with the mother, whenever both their conditions permit it. No process of observation of the healthy newborn justifies a separation from the mother.

O Recém nascido sadio deve permanecer com sua mãe

12. The immediate beginning of breastfeeding should be promoted, even before the mother leaves the delivery room.

13. Countries with some of the lowest perinatal mortality rates in the world have caesarean section rates under 10%. Clearly there is no justification in any specific geographic region to have more than 10-15% caesarean section births.

14. There is no evidence that a caesarean section is required after a previous transverse low segment caesarean section birth. Vaginal deliveries after a caesarean should normally be encouraged wherever emergency surgical capacity is available.

15. There is no evidence that routine intrapartum electronic fetal monitoring has a positive effect on the outcome of pregnancy. Electronic fetal monitoring should be carried out only in carefully selected medical cases (related to high perinatal mortality rates) and in induced labour. Countries where electronic fetal monitors and qualified staff are available should carry out investigations to select specific groups of pregnant women who might benefit from electronic fetal monitoring. Until such time as results are known, national health care services should abstain from purchasing new monitoring equipment.

16. There is no indication that the lithotomy position should be used during labour or delivery. **Posição de litotomia não deve ser utilizada**

17. Pregnant women should not be put in a lithotomy position during labour or delivery. They should be encouraged to adopt during delivery the position of their own choice. A woman must freely decide which position to adopt during delivery. **Epsiotomia de rotina não é justificada**

18. The systematic use of episiotomy is not justified. The protection of the perineum through alternative methods should be evaluated and adopted.

19. Birth should not be induced for convenience, and the induction of labour should be reserved for specific medical indications. No geographic region should have rates of induced labour over 10%.

20. During delivery, the routine administration of analgesic or anaesthetic drugs, that are not specifically required to correct or prevent a complication in delivery, should be avoided.

21. Normally rupture of the membranes is not required until a fairly late stage in the delivery. Artificial early rupture of the membranes, as a routine process, is not scientifically justified.

A guide to effective care in pregnancy and childbirth

Third Edition

Murray Enkin
Marc J. N. C. Keirse
James Neilson
Caroline Crowther
Lelia Duley
Ellen Hodnett and
Justus Hofmeyr

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

Great Clarendon Street, Oxford OX2 6DP

Oxford University Press is a department of the University of Oxford. It furthers the University's objective of excellence in research, scholarship, and education by publishing worldwide in

Oxford New York

Athens Auckland Bangkok Bogotá Buenos Aires Calcutta
Cape Town Chennai Dar es Salaam Delhi Florence Hong Kong Istanbul
Karachi Kuala Lumpur Madrid Melbourne Mexico City Mumbai
Nairobi Paris São Paulo Singapore Taipei Tokyo Toronto Warsaw

with associated companies in Berlin Ibadan

Oxford is a registered trade mark of Oxford University Press in the UK and in certain other countries

Published in the United States by Oxford University Press Inc., New York

© Oxford University Press 2000

The moral rights of the author have been asserted

Database right Oxford University Press (maker)

First edition published 1989
Second edition published 1995
Reprinted (twice), 1998, 1999
Third edition published 2000

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, without the prior permission in writing of Oxford University Press, or as expressly permitted by law, or under terms agreed with the appropriate reprographics rights organization. Enquiries concerning electronic publication should be referred to the authors. Enquiries concerning reproduction outside the scope of the above should be sent to the Rights Department, Oxford University Press, at the address above

You must not circulate this book in any other binding or cover and you must impose this same condition on any acquirer

A catalogue record for this title is available from the British Library

Library of Congress Cataloguing in Publication Data

A guide to effective care in pregnancy and childbirth / Murray Enkin . . . [et al.].—3rd ed. (Oxford medical publications)

Includes bibliographical references and index.

ISBN 019263173X

1. Prenatal care. 2. Obstetrics I. Enkin, Murray II. Series.

[DNLM: 1. Prenatal Care 2. Labor WQ 175 G946 2000

RG940 .E55 2000 618.2'4—dc21 00—021832

Typeset in Minion by Florence Production Ltd, Stoodleigh, Devon

Printed in Great Britain on acid-free paper by Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn

1ª edição – 1989
2ª edição – 1995
3ª edição - 2000

Novembro de 2008



HOSPITAL SOFIA FELDMAN – PRINCIPAIS INDICADORES

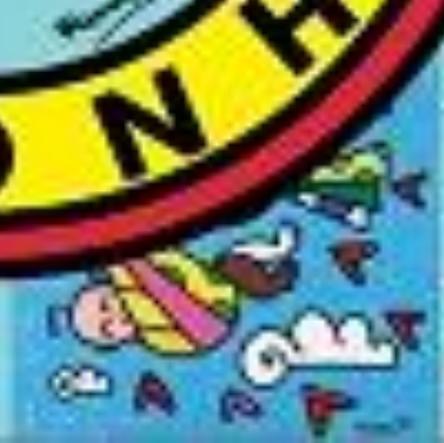
Indicadores	2012	2013	2014 (1º sem)
Total de partos	9.909	11.020	5.882
Parto cesáreo ¹	24,6%	24,7%	25,2%
Parto cesáreo em primíparas	19,3%	21,7%	22,1%
Analgesia para parto normal	30,5%	32,8%	32,7%
Episiotomia	8,1%	5,8%	4,4%
Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida	0,9%	1,0%	1,4%
Mortalidade materna	2	3	0

<http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>

05 de maio de 2009

Daqui a um ano todos os
hospitais públicos
brasileiros farão parto
humanizado





OBJETIVOS

NOVO (!!!!)

- Implementar um *Modelo de Atenção ao Parto e ao Nascimento*, com base em evidências científicas e nos princípios da humanização
- Implementar um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Criança visando uma infância saudável
- Articular redes de atenção de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade
- Reduzir a mortalidade materna e neonatal

Cesariana no Brasil

MS/SE/Datasus

Notas técnicas

Ajuda

Nascidos vivos - Brasil

Nascim p/resid.mãe por Tipo de parto segundo Região
Período: 2011

Região	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total
TOTAL	1.340.324	1.565.564	7.272	2.913.160
Região Norte	179.130	133.854	761	313.745
Região Nordeste	454.969	391.987	4.048	851.004
Região Sudeste	462.677	679.332	1.732	1.143.741
Região Sul	150.749	237.161	183	378.093
Região Centro-Oeste	92.799	133.230	548	226.577

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nota:

1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "[Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011](#)".

53,7%



Coluna

Rodrigo Constantino

Análises de um liberal sem medo da polêmica

Assine o Feed RSS | Saiba o que é

BUSCAR NO BLOG



31/05/2014 às 16:25 \ Saúde

É preciso fazer uma cesariana para extirpar o comunismo da Fiocruz



Não sou médico nem mulher. Logo, não pretendo entrar no mérito em si da questão “cesariana *versus* parto normal”. Deixo isso para os que entendem mais do assunto. O que sei é que há claramente um fator ideológico poluindo o debate, justamente por parte daqueles que *não* entendem do assunto, e que os médicos têm se tornado os bodes expiatórios do atual governo.

E pule de dez: basta colocar a lupa e lá estarão as impressões digitais da Fiocruz, que virou um verdadeiro antro de doutrinação ideológica, um instrumento partidário totalmente desvinculado de suas funções básicas e originais. A Fiocruz virou uma máquina de produzir ideologia em vez de vacina.

Em recente [pesquisa](#), a Fiocruz trouxe à tona o tema das cesarianas. Mas a Associação de Ginecologia Obstetrícia do Rio de Janeiro já se manifestou, mostrando a falta de critérios científicos dessa pesquisa, como tem sido de praxe na Fiocruz. Segue um trecho da carta que será publicada pelos representantes dos obstetras, e que foi enviada em primeira mão a este blog:

IMPASSE

Maternidade de Uberlândia proíbe realização de partos humanizados

Ele é o único hospital da cidade que realizava o procedimento até então; mães e gestantes da cidade preparam manifestação para o próximo sábado

    Fonte Normal Mais Notícias  Curtir 3,9 mil  Tweet 38  +1 3



A recém-nascida recebe os primeiros carinhos da mãe logo após o nascimento



O Blog dos Peritos do INSS

Perito.Med



QUARTA-FEIRA, 2 DE ABRIL DE 2014

ATIVISMO XIITA DE DOULA BOTA EM RISCO VIDA DE BEBÊ - JUSTIÇA INTERVÉM E OBRIGA GESTANTE A SE SUBMETER A CESÁREA

Decisão polêmica no RS mostra onde se pode chegar quando a cegueira sectária, o xiitismo e o fanatismo anti-médico se unem a um casal iludido e ludibriado por "espertas" (diferente de experts).

No RS, gestante de 42 semanas, terceira gestação, duas cesáreas prévias, entra em trabalho de parto. Vai ao hospital acompanhada de sua "doula" que está ganhando dinheiro para "ajudar o parto humanizado" da cliente.

Médica ao ver que o bebê está em posição pélvica ("sentado") e sabendo que a mãe está em trabalho de parto e tem duas cesáreas prévias, 42 semanas, indica cesariana com toda a propriedade que uma cesariana pode ter de indicação. Tanto pelo risco ao bebê como de ruptura de útero devido às cesárias prévias.

Mãe, influenciada por doula despreparada e sectária, "acha" que está sendo enganada, doula questiona até o USG da radiologista (o que doulas entendem de USG?) e decidem "abandonar o hospital".

LIBERDADE DE IMPRENSA

"Jornalismo é publicar aquilo que alguém não quer que se publique. Todo Resto é Publicidade." George Orwell

EXONERÔMETRO

Desde 01/01/2010 o INSS já perdeu:

2.567

peritos que saíram a pedido ou aposentados.

Atualizado em **31/05/2015**

**Índice de evasão de peritos é de:
1.26/dia ou 1.9/dia útil**

[SOBRE O BLOG PERITO.MED](#)

[CARTA DA PERÍCIA MÉDICA](#)

[ARQUIVO PERITO MED](#)

Mulheres perdem filhos em partos humanizados em hospital do Rio

Gestantes denunciam excesso de força e falta de cuidados durante os procedimentos

R7 Página Inicial

Recomendar

9,3 m

Tweetar

17

g+1

1

Pinit

RECEBA NOTÍCIAS NO SEU CELULAR

Texto: -A +A

Do R7



Carla denuncia morte do bebê durante parto humanizado

Reprodução / Arquivo Pessoal

Um grupo de mulheres denuncia abusos nos partos realizados no Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, no centro do Rio. A unidade prioriza o parto humanizado, sem anestesia. Segundo as gestantes, a equipe médica não observa os cuidados necessários para preservar a saúde da mãe e do bebê.

Fora da cidade do Rio, na Baixada Fluminense, o índice de óbitos de fetos é muito acima do normal. A Organização Mundial da Saúde aceita 20 óbitos a cada 100 mil bebês. Na baixada, o índice é de 94,51.

Carla Marins da Silva estava com 41 semanas de gestação e foi liberada do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda porque não tinha dilatação suficiente. Em casa, a jovem não suportou as

dores e retornou à unidade, onde permaneceu em trabalho de parto por 30 horas.

EDITAL

SIMERS

OBSTETRAS

A Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS) e o Sindicato Médico convocam os médicos obstetras para **Assembleia Geral**, nesta quinta-feira (30/4/2015), às 19h30, na sede do SIMERS (Rua Corte Real, 975), com a seguinte ordem do dia:

1. Parto seguro versus parto "dito" humanizado.
2. Responsabilidade civil e criminal dos médicos que trabalham em hospitais onde ocorram partos feitos por enfermeiras.

A sua participação é imprescindível.

Porto Alegre, 27 de abril de 2015.

Dr. Paulo de Argollo Mendes
Presidente do SIMERS

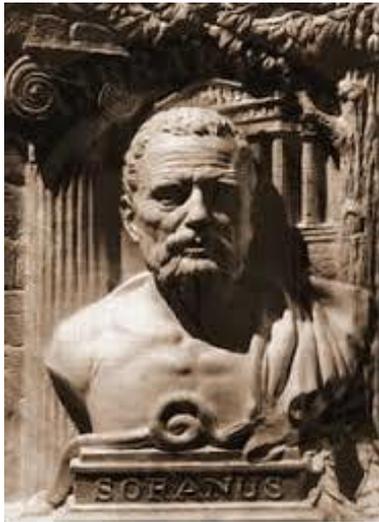
Mirela Foresti Jimenez
Presidente da SOGIRGS

Ai daqueles
que se amaram sem nenhuma briga
aqueles que deixaram
que a mágoa nova
virasse a chaga antiga

Paulo Leminski, Curitiba

Porque difícil?

O parto como patologia



“na verdade, tanto a **menstruação quanto a gravidez são úteis** para a propagação da espécie, **mas** certamente **não são saudáveis para a gestante**.(...) E que a gestação causa atrofia, atonia, e envelhecimento prematuro, isso é evidente pelos fatos e, além disso, de suas similaridades com a terra, que se torna **tão exausta** com a produção contínua de frutos, tornando-se **incapaz de produzir novos frutos** a cada ano

O parto como patologia



- Tão frequentes são os maus resultados, que frequentemente me pergunto se a natureza não intencionou deliberadamente que as mulheres fossem usadas, no momento da reprodução, de maneira análoga à de um salmão: que morre após a reprodução?
- ...mas se você acredita que uma mulher após o parto deva ser tão saudável, e tão anatomicamente perfeita quanto antes, e que o bebê deva estar íntegro, então deverá concordar comigo que **o parto é uma patologia porque a experiência prova que estes resultados ideais são raros.**

THE PROPHYLACTIC FORCEPS OPERATION, 1920

Parto não é doença

BASES FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS PARA EL MANEJO HUMANIZADO DEL PARTO NORMAL

Conferencia dictada por

Doctor R. CALDEYRO-BARCIA

en el Simposio sobre "Recientes adelantos en Medicina Perinatal"

AÑO INTERNACIONAL DEL NIÑO
CONGRESO INTERNACIONAL CONMEMORATIVO

con el patrocinio del gobierno del Japón
Ministerio de Salud y Bienestar
Asociación Japonesa para la Promoción de Salud Materno Infantil

Tokío, Japón, Octubre 21 y 22, 1979

1979

Autores: R. Caldeyro-Barcia, G. Giussi, E. Storch, J. J. Poseiro, N. Lafaurie,
K. Kettenhuber, G. Ballejo, M. C. Cordano, A. Izquierdo y Z. Villarrubia

con la cooperación técnica de: H. Cervetti, R. Silvera, O. Zuluaga,
M. A. Robaina, J. Cobelo, J. C. Iglesias y D. S. Palumbo

Publicación Científica No. 858 del
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

1. Episiotomia de rotina



Variável	Resultado
Trauma perineal grave	Aumenta o risco em 33%
Necessidade de sutura	Aumenta o risco em 29%
Trauma perineal anterior	Diminui o risco em 84%
Apgar < 7 no 5º minuto	Não houve diferença

Políticas de episiotomia restritivas comparadas à políticas de episiotomia de rotina, (Cochrane, 8 RCT, 5541 mulheres, última revisão 2012)

1983

0029-7828/83/3806-0322/\$2.00/0
OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY
Copyright © 1983 by The Williams & Wilkins Co.

Vol. 38, No. 6
Printed in U.S.A.

review

Benefits and Risks of Episiotomy: An Interpretative Review of the English Language Literature, 1860–1980

STEPHEN B. THACKER¹ and H. DAVID BANTA²

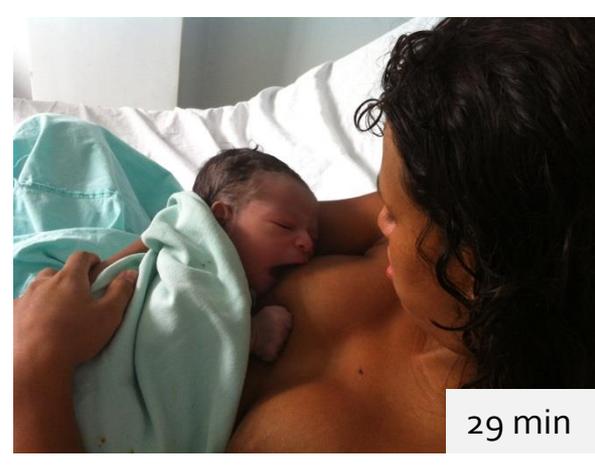
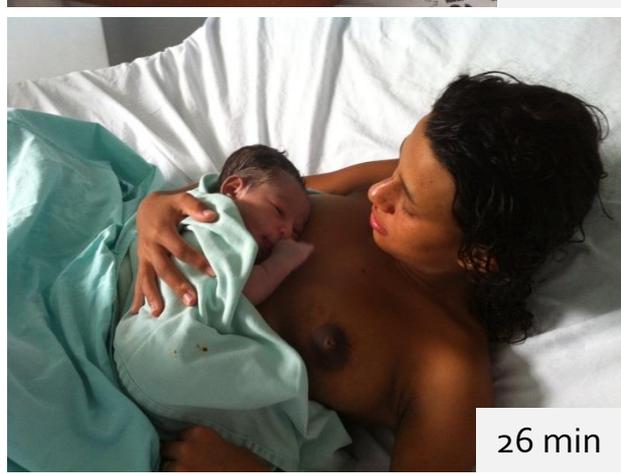
Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia,¹ and Office of Technology Assessment, Washington, D. C.²

The benefits and risks of episiotomy in labor and delivery as recorded in the English language literature in over 350 books and articles published since 1860 are reviewed and analyzed. Episiotomy is performed in over 60 per cent of all deliveries in the United States and in a much higher per cent of primigravidas. Yet, there is no clearly defined evidence for its efficacy, particularly for routine use. In addition, although poorly studied, there is evidence that postpartum pain and discomfort are accentuated after episiotomy, and serious complications, including maternal death, can be associated with the procedure. Therefore, carefully designed controlled trials of benefit and risk should be carried out on the use of episiotomy.

**“Tenho até feito uns partos humanizados,
mas episiotomia ainda não consigo deixar de
fazer”**

**jovem preceptora de residência médica em GO – janeiro,
2014**

2014 – 1983 = 31 anos



2. Contato pele a pele imediatamente após o nascimento

Resultado	Estudos	Participantes	RR (IC 95%)
Aleitamento 1-4 meses após o parto	13	702	1,27 (1.06 – 1,53)
Aleitamento exclusivo em 3-6 meses	3	149	1.97 (1.37, 2.83)
Estabilidade cardio-respiratória (SCRIP score em 6 horas)	1	31	2,88 (0,53 – 5,23)
Quantidade de choro, em minutos, em 75 min observação	1	44	-8.01 (-8.98, -7.04)
Glicemia 75-90 minutos após o nascimento	2	94	10,56 mg% (8,40 – 12,72)
Vínculo 1 ano após o parto (PCERA)	1	61	1.30 (0.24, 2.36)

Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants – Cochrane, 2012 (34 RCT; 2177 participantes)

Conseqüência número 1:

Pode ser assistido fora de um bloco cirúrgico

News: Birthplace - new publication

The NHS confederation research digest, recently published (June 2012, Issue 3) is devoted to Birthplace.

Quote from **NHS confederation website**:

It provides authoritative findings from the... [\[Read more\]](#)

Added: 19 Jun 2012 16:04 | [See all news...](#)

Please note this site makes essential use of cookies. Please view the [NPEU cookie page](#) for more information.

Updated: 15 Jun 2012 12:17

- What We Do - by Methodology
- Registers, Surveys and Cohorts
- Birthplace Research Programme
- Birthplace cost-effectiveness study: key findings
- The Birthplace cohort study: key findings
- Information for LCMs
- Protocol
- Birthplace Adjunct Studies



Birthplace in England Research Programme (Birthplace)

News

Current edition of the NHS Confederation research digest devoted to Birthplace:
Download the June edition [Birthplace in England – new evidence](#)

Birthplace Results



Low-risk pregnant women urged to avoid hospital births

NHS guidance from National Institute for Health and Care Excellence suggests 45% of births 'unsuitable' for labour wards

Haroon Siddique

The Guardian, Wednesday 3 December 2014

 [Jump to comments \(667\)](#)



Low-risk pregnancy cases are being urged to avoid hospital birth under new NHS guidelines Photograph: Katie Collins/PA

Women with low-risk pregnancies are to be encouraged to have non-hospital births [under new NHS guidelines](#), which could see almost half of mothers-to-be planning to deliver their baby away from traditional labour wards.

Guidance from National Institute for Health and Care Excellence (Nice) says that midwife-led care has been shown to be safer for women and recommends that all women with low-risk pregnancies – 45% of the total – should be advised that giving birth in a midwifery-led unit, whether attached to a hospital or not, is “particularly suitable”.

“Surgical interventions can be very costly, so midwifery-led care is value for money while putting the mother in control and delivering healthy babies.”

The outcome for the baby is the same in different settings except in the case of first-time mothers giving birth at home, where there is a “small increase” in risk of serious complications – nine in every 1,000 compared with five in every 1,000 in the other settings – which the guidance says mothers should be advised about. Home births are the cheapest, followed by midwife-led units and then hospitals but Bewley said costs did not come into the equation.

Cathy Warwick, chief executive of [the Royal College of Midwives \(RCM\)](#), said: “For low-risk women, giving birth in a midwife-led unit or at home is safe and reduces medical interventions.

“We hope this will focus commissioners’ and providers’ of maternity services attention on ensuring that women have a real choice about where they give birth.”

The RCM has been campaigning for about 5,000 extra midwives to be recruited. Warwick said the new guidance would not stretch existing medical staff further but ensure they were better employed, as more women would have births without interventions, which require more resources.

Elizabeth Duff, senior policy adviser for [the NCT \(National Childbirth Trust\)](#), welcomed the advice and urged the NHS to “put these guidelines into practice as soon as possible and make home and community birth, a real, not just theoretical, option”.

Community midwife units have lower medical intervention rates and rates of transfer to obstetric wards than those in hospitals but [many have been closing recently](#). For women not giving birth for the first time they also have a lower rate of transfer to an obstetric ward than mothers who planned to give birth at home.

Mas podemos não concordar...









BRAZIL POLITICO
Escala

Conseqüência número 2:

Pode ser assistido por um profissional habilitado não médico

Parto com enfermeira?

“só vai nascer xuxu...”

Two Midwives Delivered The New Royal Baby, Not The Suited Surgeons On Standby



- 31k
- Like
- 109
- Tweet
- 8
- 8+1
- Pin it
- digg
- f

Embora os cirurgiões (obstetras) tenham atraído a atenção da mídia, de fato, foram as duas midwives que assistiram a nova Princesa

Many have... care tear... been most hands-on during both Prince George and the newest Princess' birth. In fact, though the suited surgeons on the Duchess' birth team get the most media attention, it was two midwives that actually delivered the new Princess.

Os resultados são iguais em alguns aspectos

Resultado	Estudos	N	Resultados	Impacto
Apgar < 7 no 5º minuto	10	10854	0.99 [0.70, 1.41]	↔
Laceração perineal com necessidade de sutura	9	13412	1.02 [0.95, 1.10]	↔
Início da amamentação	2	2050	1.12 [0.81, 1.53]	↔

Sandall Jane, Soltani Hora, Gates Simon, Shennan Andrew, Devane Declan. **Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women**. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 8, Art. No. CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4 (última atualização julho 2013)

E, inclusive, melhores em outros

Resultado	Estudos	N	Resultados	Impacto
Anestesia regional	13	15982	0.83 [0.76, 0.90]	↓ 17%
Parto instrumentado	12	15809	0.88 [0.81, 0.96]	↓ 12%
Parto vaginal espontâneo	11	14995	1.05 [1.03, 1.08]	↑ 5%
Episiotomia	13	15982	0.84 [0.76, 0.92]	↓ 16%
Maior chance de ser atendida por um mesmo provedor	6	5225	7.83 [4.15, 14.80]	↑ 7x

Midwife-led

Sandall Jane, Soltani Hora, Gates Simon, Shennan Andrew, Devane Declan. **Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women**. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 8, Art. No. CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4 (última atualização julho 2013)

Midwife crisis will 'let down' a whole generation of new mothers

Figures show shortage will persist until 2026 despite David Cameron's pledge to make childbirth an NHS priority

Denis Campbell, health correspondent
The Observer, Sunday 18 August 2013

Jump to comments (196)



Figures show the number of NHS midwives is below the ideal ratio of one midwife per 28 live births. Photograph: Christopher Furlong/Getty Images

Share 1766

Tweet 247

+1 10

Pin it

Share 16

Email

Article history

Society

Midwifery · NHS · Health

Politics

Health policy · David Cameron

UK news

More news

More on this story



Pushed to the limit: 24

guardianjobs

Area Manager – West Midlands

£44,000 - £47,000 + benefits - West Midlands Region - TACT



Legal Advisor

£51,000 pro rata - Central London - FARM AFRICA

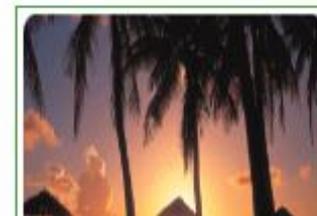


Browse all jobs in this category



Passagens para Palmas

Submarino Viagens



Belinda Phipps, chief executive of the parenting charity the National Childbirth Trust, said women giving birth between now and 2026 would be let down as a result of the shortfall. "It's extremely frustrating to think that we'll have to wait 13 years before mothers are getting the level of support they need. Childbirth is so important that they shouldn't have to wait that long. A whole generation of mothers and babies will not get the support they need."

She criticised ministers for not taking maternity care more seriously. "Given the government's understanding of the importance of the first 1,000 days of parenthood, which starts at conception, it's disgraceful that they aren't acting more quickly to ensure that women get proper support in those first 1,000 days from midwives. The rhetoric is there about that period, but it looks like they're not backing it up with action," Phipps added.

The Care Quality Commission (CQC), the NHS care regulator, last year warned that one in seven of the 141 hospital trusts in England that provide maternity services did not have enough midwives. Maternity care was "emerging as a problem area for a number of NHS trusts, due to midwife numbers not increasing in line with demand and an increase in complex births, owing to risk factors such as maternal age, weight and co-morbidity", it said.

The acute shortage is leading to the temporary closure of both some hospital maternity units, forcing mothers-to-be to go elsewhere when they are already in labour, and some midwife-led birth centres. The Trowbridge Birth Centre in Wiltshire shut on 15 July for 12 weeks until 29 September because of staffing problems there and at maternity units nearby. Women now have to travel 13 miles to Chippenham's birth centre.

É extremamente frustrante pensar que teremos que esperar 13 anos até que as mulheres tenham o nível de suporte que elas necessitam. Uma geração inteira de mães e bebês não terão o suporte de que necessitam

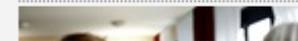
Dementia friends



Living with dementia: "The world has opened up for me"

Since Gina Shaw, a 62-year-old retired children's nurse, was diagnosed with Alzheimer's, she has been on a mission to make her native Liverpool a dementia-friendly city

[Read more](#)



[Ask the expert: what](#)

**Qual é o nível de suporte que
necessita uma mulher em trabalho
de parto?**

Suária (o): [Redacted]

Data: 20/06/2013
Hora: 23:40

Evolução

Admissão

Paciente, 15 anos, no 3º trimestre de gestação, com período de um ano no pré-natal. Encaminhada ao HSF devido elevação dos níveis maternos (160 x 110 mmHg) em 14 dias de uso de nifedipina 30mg de 20mg cada. no momento não utiliza mais nifedipina. anamnese MF-negativa, sinais vitais normais e constantes.

HP: não utiliza, alguns desconfortos

HF: não utiliza

HGA: 3100g, IG 36,3 de milio US (10+2 em 30/04)

Realizou 04 consultas de PNRH com seguimento de PA (130 x 70 / 130 x 60) desde as 10 semanas. sem demais alterações.

Ao exame: Mucosas coradas e hidratadas
PA 130 x 60 mmHg / FC 88 bpm / FR 20 l/min / TA 36,7°C
UF 37cm / BCF 142 bpm / D/D 10' / MF 0
mod +ccs

HD: GPT + elevação dos níveis maternos (HAC?)

CP: aumento para amniocentese materno fetal

Soluato exames (monoclonais p/ HbA1c / VDRL + TRHIV)

CTG asper / suscitado CI de edon que aumentou de 100 para 140 bpm PA

* não foi colhido material para análise de urina devido a dor

Proteúria fita negativa

Dr. Edson Borges de Souza
CRM 31884
CONTROLE ESPECIAL

Ana Clara M. Rodrigues Salomoni
Enfermeira
COREN-MG Nº 348466

3:50

Recibo Pamela no pré-natal, BCF: 140 bpm

01:00

Instalação CTG

01:50

Terminou da CTG cat J NICHD.

02:20

Recibo Pamela na enfermaria de casos clínicos. Sem queixas no momento.

Poliana B. L. Silveira
Enfermeira
COREN-MG Nº 225.422

21/06 Paciente Pamela, 15 anos, internada ontem devido a aumento da pressão (160x110). fez uso de 2cp de nifedipina. No momento sinais vitais normais.

PA = 130x60 / 136x98 / 140x100

P., 15 anos, primigesta, gestação 36+4. AU 37 cm, colo 2 cm, 50%, médio, centralizado, plano alto, bolsa íntegra HD: Pré-eclampsia grave

13:30

[Redacted]

15 anos

36+4

Antes hoje PA = 160/110 em Emergência. Fez nifedipina Prof / Gest = 0,6

JD: 36+4 - Pré-eclampsia, com antena pressões de borda

cd: 36+4 com indução pelo parto com misoprostol

Dr. Edson Borges de Souza
CRM 31884
CONTROLE ESPECIAL

4:00

BCF: 144 bpm, sem desacelerações. to toque colo 2cm, 50%. apagado, médio centralizado, reflexo, plano alto, B5.

Unica

mandas

usa o 3º mata
de água no Bra-parte

Maria Carolina M. Araújo
Enfermeira Obstetra
COREN-MG 209155

explicar com sensa a

10 mm > 4 dias 21.4 mm

loc. exp. post. Uter II. PFE: 2.55kg 1/2-1/2 Hadlock
biometria fetal compatível com 34 sem 5d. antia

Silvia M. R. Campos
Enfermeira Obstetra
COREN-MG 209154

15:15 Recibo Pamela no quarto materno de Birau, acompanhada por Mãe

Gislaine Fabiola Braga Vaz
Enfermeira
COREN-MG 348479

16:00 BCF: 138 bpm sem desacelerações

17:00 Pamela está sem queixas, DU: $\phi 110'$, BCF: 152 bpm sem desacelerações.
Ao toque colo 2cm dilatado, útero, mides central, cérvix alta, B1.
Inserido 1º comprimido de misoprostol via vaginal orientado repouso
no leito por 1 hora

Gislaine Fabiola Braga Vaz
Enfermeira
COREN-MG 348479

17:30 BCF: 146 bpm sem desacelerações

Gislaine Fabiola Braga Vaz
Enfermeira
COREN-MG 348479

18:00 BCF: 154 bpm sem desacelerações

Gislaine Fabiola Braga Vaz
Enfermeira
COREN-MG 348479

18:30 BCF: 141 bpm sem desacelerações

Gislaine Fabiola Braga Vaz
Enfermeira
COREN-MG 348479

18:55 BCF: 158 bpm sem desacelerações

Gislaine Fabiola Braga Vaz
Enfermeira
COREN-MG 348479

19:30 BCF: 144 bpm, DU: $\phi 110'$ - Kamila

20:30 BCF: 138 bpm

21:00 Ao toque: colo imalterado, B1, MEF+
Inserido 2º comprimido Misoprostol 25mg
orientado repouso no leito por uma hora.

Luzia M.S. Ventura
ENFERMEIRA OBSTETRA
COREN-MG 209155

21:00 BCF: 142 bpm

21:30 BCF: 138 bpm

22:00 BCF: 144 bpm

22:15 Espaço avaliao em relação ao processo
de indução do trabalho de parto
deseja conversar com o médico
procedimento de cesáreo

Luzia M.S. Ventura
ENFERMEIRA OBSTETRA
COREN-MG 209155

22:20 Mãe Thais conversa com o casal e explica o
uso do vácuo no parto e o benefício do PU na 1ª hora

22:30 BCF: 136 bpm - Acad. Luciana Martins

Luzia M.S. Ventura
ENFERMEIRA OBSTETRA
COREN-MG 209155

23:00 BCF: 142 bpm

23:30 BCF: 136 bpm

00:00 BCF: 142 bpm

00:30 BCF: 140 bpm

01:00 BCF: 138 bpm

Luzia M.S. Ventura
ENFERMEIRA OBSTETRA
COREN-MG 209155

01:15 Início do CTG

01:36 Finalizado CTG

02:00 Ao toque colo imalterado, B3, MEF+

Luzia M.S. Ventura
ENFERMEIRA OBSTETRA
COREN-MG 209155

02:00 BCF: 136 bpm

02:30 BCF: 142 bpm

Luzia M.S. Ventura
ENFERMEIRA OBSTETRA
COREN-MG 209155

03:30 BCF: 142 bpm

04:00 BCF: 144 bpm

Luzia M.S. Ventura
ENFERMEIRA OBSTETRA
COREN-MG 209155

04:30 BCF: 136 bpm

04:55 BCF: 138 bpm

Vanessa Faria
Enfermeira Obstetra
COREN-MG 248210

05:30 Pamela no leito, tranquila, meça queixas
BCF: 146 bpm, DU: $\phi 110'$, fômus justicelares

06:00 BCF: 141 bpm, fômus justicelares

06:15 Análise: colo 3cm dilatado, 50-60' apagado,
ampliado, posterior, alto, B1
Inserido 04º comprimido de Misoprostol
25mg, V Jaxina e aspirina

06:30 BCF: 133 bpm, sem desacelerações

07:00 BCF: 133 bpm, sem desacelerações

22/06/15
BCF: 140 bpm

22/06/15
BCF: 139 bpm

22/06/15
BCF: 143 bpm

22/06/15
BCF: 135 bpm

Evolução Clínica

(0) Pâmela Rosimeiry Fernandes

Evolução

22/06/15
6 BCF: 140 bpm, sem desacelerações

06:15 Pâmela está no chuveiro, acompanhada pela mãe. Está tranquila, sem queixas no momento. Em uso MG 500 a 100ml/h; não está apresentando dor → oriento BCF agora 137 bpm, sem desacelerações. Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

08h BCF 139 bpm, sem desacelerações (no chuveiro) — Kelly

08h30 BCF 141 bpm, sem desacelerações — Kelly

09h BCF 135 bpm, sem desacelerações — Kelly

09h35 Iniciada CTG, BCF 139 bpm — Kelly

10:30 CTG categoria CI NICHD. Caso discutido com obstetra — Kelly

Início de infusão de MG 500 a 100ml/h

g) 200mg MG 500 a 100ml/h

11:00 Início nova CTG, BCF 138 bpm — Kelly

11:30 Término da CTG, categoria CI NICHD BCF 135 bpm — Kelly

11:45 Início de infusão de MG 500 a 100ml/h

12:00 BCF 135 bpm, sem desacelerações — Kelly

12h10 Ao toque: colo 03 cm dilatação, 60% apagado, amolecido, anterior, bdo de, dgo, polo cefálico no plano -2 de de Lee → malice amniotomia, LAC em bom volume. BCF após: 139 bpm, sem desacelerações. Aguardo para avaliar uso de oxicodina. Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

22.06.15 BCF 141 bpm, sem desacelerações. Pâmela relata que está com lombalgia importante, "que vai e volta". Plantelmo rigidizado, vital, aguardo para avaliar DU — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

13h15 2 exames hoje - magnésio: 2,6 / creatinina: 0,7 / TGO: 36 / TGP: ácido úrico: 4,4 / LDH: 537 / Hb: 11,3 / Ht: 33,2 pfs: 327.000 / Gl: 13200 (sem desvio)

BCF 137 bpm, sem desacelerações. Oriento / encaminhado ao banho de chuveiro para alívio da dor — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

13h45 BCF 138 bpm, sem desacelerações (no chuveiro) — Kelly

14:10 BCF 146 bpm — Kelly
Valéria de Oliveira Carvalho ENFERMEIRA OBSTETRA COREN-MG 271772

14h40 DU 3/25/10', tônus uterino fisiológico → aguardo avaliação às 15h para definir uso de oxicodina. BCF: Δ 128-141 bpm, sem desacelerações à ausculta contínua em 10 minutos — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

15h10 Ao toque: colo 3/4 cm dilatação, 60% apagado, amolecido, anterior, BR, LAC, polo cefálico no plano -2 de de Lee. Converso com Pâmela e sua mãe, oriento e prescrevo oxicodina em BIC a 06ml/h. BCF: 138 bpm, sem desacelerações — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

15h40 Início da oxicodina a 06ml/h. BCF: 142 bpm, sem desacelerações. Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

16h10 DU: 3/20'-25'/10', tônus uterino fisiológico → aumento infusão de oxicodina para 12ml/h. BCF: 145 bpm, sem desacelerações — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

16h40 BCF 145 bpm, sem desacelerações. DU: 3/25'/10', tônus uterino fisiológico → aumento infusão de oxicodina para 24ml/h — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

17h10 DU 3/25'/10', tônus uterino fisiológico → aumento infusão de oxicodina para 48ml/h. BCF: 139 bpm, sem desacelerações — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

17h40 BCF Δ 138-145 bpm, sem desacelerações. DU: 3/20'-25'/10', tônus uterino fisiológico → aumento infusão de oxicodina para 72ml/h — Kelly Cristina A. Borgonove Enfermeira Obstetra COREN-MG 139081

Evolução Clínica

(0): Pamela Raimeny Dinandes.

Evolução

20:21/01/25". ↑ acidez no base 96 ml/h, peso 500g, 80% absorção, amelicidade, central, cefálico, no plano. Id. de Lee, BR/KAC, BCF 133 bpm sem desacelerações

Rafaela
Residência em Obstetrícia
OBSTÉTRICA
COREN-MG 277.104

Rafaela
Residência em Obstetrícia
OBSTÉTRICA
COREN-MG 277.104

BCF 136 bpm sem desacelerações ao sono
BCF 131 bpm sem desacelerações ao sono

B.C.F. 130 bpm
DU = 3/30" / 10' B.C.F. 125 bpm
B.C.F. 135 bpm
B.C.F. 140 bpm. Em contato com E.O. Edilene após contato com E.O. Edilene

Márcia N. Almeida
Enfermeira Obstetra
COREN-MG 282.534

Márcia N. Almeida
Enfermeira Obstetra
COREN-MG 282.534

21:00 BCF = 145 bpm, sem desceland; após 30 min de chupeta.

Lúcia Ângela da Cruz Barreto
Enfermeira Obstetra
COREN-MG 96786

21:30 BCF = 144 bpm, sem desceland. Lúcia
DU = 3/30" / 10'
Cabo 7cm; 80%; central; cy; - 2 De Lee.

21:40 BCF = 144 bpm. Lúcia

Lúcia Ângela da Cruz Barreto
Enfermeira Obstetra
COREN-MG 96786

22:20 BCF = 146 bpm — Karen Alessandra Silva

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

22:30 discute caso com Dr. Lucas. Karen Alessandra Silva

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

22:45 Aguardo analgesia p/ Pamela, oriento as risas e hemisférios e a mesma recusa procedimentos. encaminhado p/ o bombeiro de emergência
Am tempo, BCF = 148 bpm — Karen

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

23:30 BCF = 148 bpm — Karen
20:40 Ao exame, Pamela bem queixosa, Cabo 8/9 cm, centraliza

00:05 discute caso com Dr. Lucas. Karen Alessandra Silva

BCF = 144 bpm — Karen

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

00:40 Pamela bastante queixosa, ao exame Cabo 8/9 cm, centraliza, líquido, cefálico, -1 no plano de de Lee, BR/KAC, BCF 148 bpm, oriento verticalização — Karen

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

1:40 BCF = 136 bpm ml desacelerações — Karen

1:45 BCF = 128 bpm — Karen

1:53 Pamela uremia p/PN em posição semi-reclinada, desce para um OP, em do sexo masculino, apgar 9/10, assistido pelo pediatra, sucção e cordão oportunamente, desquitação por manípulo atira, p.c.p. 1/2 sacração. Purpura mediana, vômitos gástricos, útero contráctil. fiquiz. E.O. Karen, Obstetra Wellington, Pediatra Natiane, etc.

Karen Alessandra Silva
ENFERMEIRA OBSTET. E GINECOLÓGICA
COREN-MG 287.110

- Desde a decisão de iniciar a indução, em 21/06 às 13:30, até o nascimento, em 23/06 às 1:53:
- 76 avaliações da enfermeira obstetra
- 3 avaliações do médico obstetra
- 1 intervenção do anestesista

Coloca RN no seio materno
acompanhamento com obstetra.
Emprego: em uso de MgSO4 a 100 ml/h em BIC.
Fiz uso de 1 dose de nifedipina de 10mg às 03:05h.

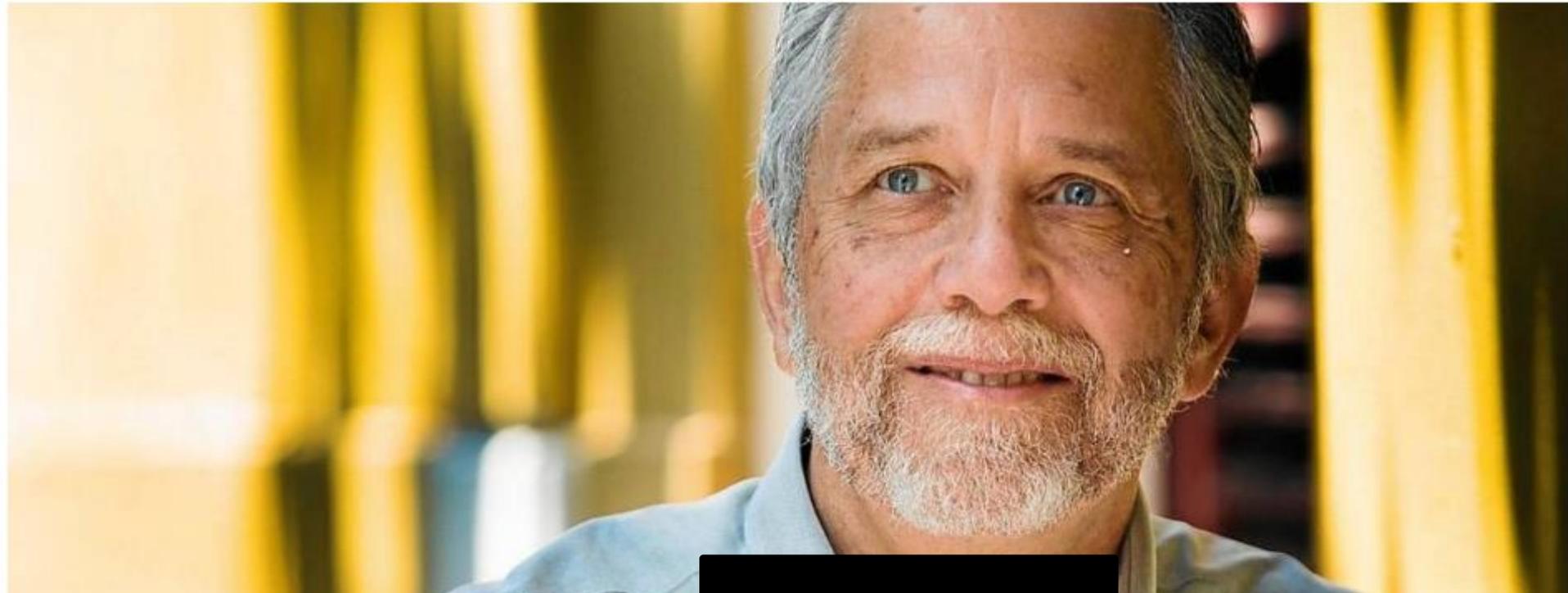
Fabíola Braga Vaz
Enfermeira
COREN-MG 346479

Eugene Declercq, obstetra e professor: 'Se você conhece uma parteira, use-a'

Ativista americano, no Rio para a 9ª edição da conferência 'Normal é natural, da pesquisa à ação' diz que médicos impõem maior parte das cesarianas desnecessárias

POR CATHARINA WREDE

20/10/2014 7:00



TUDO

- Pesquisas já comprovaram que a melhor forma de cuidar das mulheres e bebês durante o parto é o apoio de parteiras e a relação que elas desenvolvem com a mãe durante o trabalho de parto. Por isso, se você conhecer uma parteira em quem confia, use-a. Se o sistema for bom e não houver necessidade de intervenção, ela vai dar conta de tudo



Parto é ato médico

- **“Assistência ao parto é um ato médico** e portando cabe aos médicos a responsabilidade, cada qual em sua área (obstetrícia, anestesia e neonatologista). Os demais componentes da equipe são colaboradores (enfermeira obstétrica, técnicos em enfermagem, acadêmicos de medicina) e não tomam decisões ou condutas médicas, **não lhes cabendo responsabilidade técnica ou ética”**.
- “não basta ao médico estar no mesmo espaço físico da maternidade a fácil alcance em caso de complicações; ele deve estar na sala de parto (obstare). **A ausência do médico da sala de parto caracterizaria infração aos seguintes artigos do código de ética médica: (Art 2º - É vedado ao médico: delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica,** art 8º - É vedado ao médico: afastar-se de suas atividades profissionais mesmo temporariamente, quando for de sua obrigação fazê-lo, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave; art 30º - usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crimes)”

???

Mas parto é um ato médico?

- R) SIM. É necessário, entretanto, que se tenha conhecimento da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Esta Lei foi decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Exmo.Sr.Presidente da República, tendo sido publicada no DOU de 26/6/86. Ela estatui em seu Artigo 11, inciso II, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, dentre outras funções, prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera (linha "g"); acompanhar a evolução do trabalho de parto (linha "h") e executar o parto sem distocia (linha "i"). O parágrafo único do mesmo artigo, explicita as atribuições dos enfermeiros:
 - assistência à parturiente e ao parto normal;
 - identificação de distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
 - realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Laceração de 3º e 4º grau, distócia, líquido meconial, estado fetal não tranquilizador?

RESPOSTAS DOS MÉDICOS

Boa noite!

Acho o seguinte: o residente é um médico em treinamento sob a tutela do preceptor. A enfermeira obstetra não! Se a enfermeira obstetra assumir um caso, ela que o conduza até o final. Não vou "preceptorar" enfermeiras que sempre falaram mal das condutas médicas. Respeito todas, adoro tê-las no plantão para ajudar a ouvir bcf e fazer dinâmicas. Agora, partos na proporção de 1:1 com os residentes e, ainda, ter de consertar as **pepinos** das enfermeiras não. Acho que essa voz silente que nos fala, certamente, não vem da nossa direção direta e sim dos "superiores" poderosos. Portanto, a hora é de impedir que mais esse absurdo aconteça. Ou estou errado?

PS: Acho legal os residentes se manifestarem quanto a isso, porque daqui algum tempo nem o chão do pré-parto vai sobrar para vocês limparem.

Conseqüência número 3:

A mulher tem autonomia

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

<http://www.amigasdoparto.com.br/plano4.html>

Trabalho de parto:

Presença de meu marido e doula.

Sem perfusão contínua de soro.

Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.

Liberdade para caminhar e mudar de posição.

Liberdade para o uso ilimitado da banheira e/ou chuveiro.

Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.

Analgesia: peço que não seja oferecido anestésicos ou analgésicos. Eu pedirei quando achar necessário.

Parto (hora do nascimento):

Prefiro cócoras ou cócoras sustentada.

Aceito outras sugestões caso as posições acima não funcionem.

Prefiro fazer força quando me der vontade, em vez de ser guiada pelo processo. Gostaria de um ambiente especialmente calmo nessa hora.

Episiotomia: prefiro não ter, e gostaria que o períneo fosse aparado na fase da expulsão, além da aplicação de compressas quentes e massagem com óleo fornecido pela doula.

Gostaria de ter o bebê imediatamente colocado em meu colo e se houver necessidade de succionar as vias respiratórias, prefiro que seja feito enquanto ele está comigo.

O pai cortará o cordão umbilical, depois que esse parar de pulsar.

Após o parto:

Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação.

O bebe deve ficar comigo o tempo todo, mesmo para avaliação e exames.

Liberação para o apartamento o quanto antes.

Alta o quanto antes.

Cuidados com o bebê:

Amamentação sob livre demanda, não oferecer água glicosada ou bicos.

Alojamento conjunto o tempo todo.

Pediatra faz avaliação no nosso quarto.

Caso a cesárea seja necessária.

Gostaria da presença de meu marido e a doula.

Anestesia: peridural, sem sedação.

Gostaria de ver a hora do nascimento, com o rebaixamento do protetor ou por um espelho.

Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.

Amamentação o quanto antes.

Agradeço a compreensão da equipe envolvida e por participarem desse momento tão importante para a nossa família.

“Força, mãe! Força de fazer cocô!”

Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials

[BJOG](#). 2011 May;118(6):662-70. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x. Epub 2011 Mar 10

Puxos no período expulsivo

Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials

[BJOG](#). 2011 May;118(6):662-70. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x. Epub 2011 Mar 10

Resultado	Impacto do resultado
Duração do segundo período	Valsalva: 18,59 minutos a menos
Parto instrumental operatório	Não houve diferenças
pH arterial < 1,20	Não houve diferenças
Apgar < 7 no 5' minuto	Não houve diferenças

Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes

Jun Zhang, PhD, MD, Helain J. Landy, MD, D. Ware Branch, MD, Ronald Burkman, MD, Shoshana Haberman, MD, PhD, Kimberly D. Gregory, MD, MPH, Christos G. Hatjis, MD, Mildred M. Ramirez, MD, Jennifer L. Bailit, MD, MPH, Victor H. Gonzalez-Quintero, MD, MPH, Judith U. Hibbard, MD, Matthew K. Hoffman, MD, MPH, Michelle Kominiarek, MD, Lee A. Learman, MD, PhD, Paul Van Veldhuisen, PhD, James Troendle, PhD, and Uma M. Reddy, MD, MPH, for the Consortium on Safe Labor

Obstet Gynecol, 2010

Foram analisadas 62.415 mulheres com gestação única, de vértex, trabalho de parto espontâneo, parto normal e resultados perinatais normais



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

Number 1 • March 2014

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery

Antes de diagnosticar parada de progressão no segundo período, se as condições maternas e fetais forem boas, permitir o seguinte

- Pelo menos 2 horas de puxo em multíparas
- Pelo menos 3 horas de puxo em nulíparas

Durações maiores podem ser apropriadas em base individual (uso de peridural, ou posição fetal, desde que haja progressão do parto)

Suporte contínuo no parto (Lei 11.102/2005)



Variável avaliada	Intensidade do impacto
Parto vaginal espontâneo	Aumenta a chance em 8%
Analgesia intra-parto	Diminui a necessidade em 10%
Insatisfação com o parto	Diminui o risco em 31%
Duração do trabalho de parto	Diminui o tempo em 0,58 horas
Parto cesariana	Diminui o risco em 22%
Apgar baixo no 5º minuto	Diminui o risco em 31%







64% das grávidas não tiveram direito a um acompanhante no parto no SUS

Principal justificativa dos hospitais é falta de espaço físico e risco de o acompanhante atrapalhar; dados são de levantamento feito em 2012 pela ouvidoria de programa do governo federal

27 de janeiro de 2013 | 22h 49

Notícia



A+ A-

Assine a Newsletter

Tweet 69

Enviar

Recomendar

465 pessoas recomendaram isso. [Cadastre-se](#) para ver o que seus amigos recomendam.

Fernanda Bassette, de O Estado de S.Paulo

Hospitais do SUS em todo o País estão descumprindo a lei federal que garante às gestantes o direito de ter um acompanhante antes, durante e depois do parto. Dados coletados pela ouvidoria da Rede Cegonha entre maio e outubro de 2012 mostram que 64% das 54 mil mulheres entrevistadas relataram que não tiveram direito ao acompanhante.



A pesquisa demonstrou ainda que 56,7% delas (19.931) afirmam que o acesso ao acompanhante foi proibido pelo serviço de saúde e só 15,3% (5.378) relataram não conhecer esse direito.







“Quero parto cesariana”

Autor	Mensagem
<p>fisbarbosa Membro Diamante</p> <p>★★★★★★</p>  <p>Posts: : 528 Amigos.: 16 Tópicos: 59</p> <p>Registrado em: 29 Out 2007 Idade: 33</p>  <p>Reputação</p>	<p>17 Jan 2010 22:34</p> <p> Responder  Curtir  Mais opções...</p> <p>Olá Mamães?!!</p> <p>Meninas estou tão angustiada sabe... Toda vez que falo de "parto" para meu GO ele não me da bola... mas sempre falo: QUERO PARTO CESARIA! Mas ele diz que não é contra parto cesaria e que se precisar ele não fica esperando não, já marca uma cesária e pronto! Mas o ruim é que ele não se decide sabe! Poxa vida sera que não temos direito a escolha, eu pago aquela droga de plano todo mes, e queria tanto fazer cesaria que ele marcasse pra não ficar nessa ansiedade que acaba com a gente!</p> <p>Desculpem o desabafo meninas, mas gostaria de saber se até quando temos a opção da escolha pelo nosso parto no caso de ter um plano de saude!</p> <p>Sera que amanhã com 37 semanas e 5 dias se tiver de marcar, ele marca???</p> <p>Beijoca a todas!!!</p> <hr/>

Exerça sua autonomia para escolher livremente...



Cesariana



Parto normal

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015

(Esta Resolução Normativa entrará em vigor na data de 06/07/2015)

Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

[\[Correlações\]](#) [\[Anexos\]](#)

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 4º, incisos XXI, XXIV, XXXVII e XLI alínea "a", e no inciso II do art. 10, ambos da [Lei nº 9.961](#), de 28 de janeiro de 2000, e na alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - [RN nº 197](#), de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 15 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Paragrafo único. Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Acerca do assunto, o advogado **Arthur Rollo**, professor da **Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo**, revela preocupação de que a regra de conduta passará a ser o parto normal, e assim, cesáreas indevidamente realizadas – na avaliação dos auditores de planos e seguros de saúde - implicarão na recusa de todos os pagamentos e reembolsos decorrentes dessas cirurgias.



“Abre-se, portanto, mais uma brecha para que planos e seguros de saúde recusem pagamentos e reembolsos, e os consumidores terão que recorrer ao Judiciário para fazer prevalecer seus direitos contratualmente previstos.”



O causídico **Rafael Robba**, do **Vilhena Silva Sociedade de Advogados**, ressalta que a resolução 368/15 é um incentivo ao parto normal e “vem mais como uma orientação e não como algo obrigatório, que vá influenciar a conduta do médico”.

“Há entendimento do Judiciário de forma pacífica que quem decide a modalidade do procedimento a que o paciente vai se submeter é o médico e não o plano de saúde. A partir do momento que o médico prescrever ou optar por um parto cesariano, o plano de saúde não pode se negar a cumprir por conta da resolução.”

DEIXEM AS CESARIANAS EM PAZ !

Em agosto de 1985 a revista Lancet publicou um artigo intitulado "*Appropriate technology for birth*" assinado por "especialistas" da OMS que, em reunião na cidade de Fortaleza (Brasil), decidiram criar um painel de recomendações da OMS para o que chamaram de "revisão dos métodos (tecnologia) de nascimento" no mundo. Imaginem só que isso foi em Fortaleza, em 1985, quando 50 (sim, apenas cinquenta) "especialistas" da OMS, que incluíam economistas, sociólogos, políticos, ativistas, administradores em saúde, enfermeiros, psicólogos, epidemiologistas, e até mesmo médicos, "decidiram", sem nenhum tipo de estudo científico, estatística ou dados acumulados, criar uma série de "recomendações" em nome da OMS sobre o que seria "desejável" para um "parto saudável" no planeta.

A lista de recomendações é uma lista de ataques à medicina, uma ode aos paramédicos e um recuo em um século das verdadeiras tecnologias em saúde obstétrica que fizeram desabar no século XX as taxas de morbi-mortalidade neonatal e maternas. Abaixo a reprodução do artigo:

436

THE LANCET, AUGUST 24, 1985

either by a member of one of the emergency services or a doctor. Secondly, the best results in cardiopulmonary resuscitation out of hospital have occurred where lay bystanders have initiated basic life-support and continued this until advanced cardiac life support is available from specialised services.

CONCLUSIONS

The validity of blanket statements indicating that flying squads "undoubtedly save lives"²⁶ must remain severely

World Health Organisation

APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH

In April, the European regional office of the World Health Organisation, the Pan American Health Organisation, and the WHO regional office of the Americas held a conference on appropriate technology for birth. The conference, held in Fortaleza, Brazil, was attended by over 50 participants

Table 1. Risk of Adverse Maternal and Neonatal Outcomes by Mode of Delivery ↵

Outcome	Risk	
	Vaginal Delivery	Cesarean Delivery
<i>Maternal</i>		
Overall severe morbidity and mortality*†	8.6%	9.2%*
	0.9%	2.7%†
Maternal mortality‡	3.6:100,000	13.3:100,000
Amniotic fluid embolism§	3.3–7.7:100,000	15.8:100,000
Third-degree or fourth-degree perineal laceration	1.0–3.0%	NA (scheduled delivery)
Placental abnormalities¶	Increased with prior cesarean delivery versus vaginal delivery, and risk continues to increase with each subsequent cesarean delivery.	
Urinary incontinence#	No difference between cesarean delivery and vaginal delivery at 2 years.	
Postpartum depression	No difference between cesarean delivery and vaginal delivery.	
<i>Neonatal</i>		
Laceration**	NA	1.0–2.0%
Respiratory morbidity**	< 1.0%	1.0–4.0% (without labor)
Shoulder dystocia	1.0–2.0%	0%

Em busca do índice ideal de cesarianas

Table 4. Predicted Mortality Rates Based on the Fixed Effects of the Mixed Models Fitted for the Relationship between Cesarean Delivery Rates and Mortality Outcomes

<i>CDR^a (%)</i>	<i>Maternal mortality ratio^b</i>		<i>Neonatal mortality rate^c</i>		<i>Infant mortality rate^d</i>	
	<i>Unadjusted model</i>	<i>Adjusted model</i>	<i>Unadjusted model</i>	<i>Adjusted model</i>	<i>Unadjusted model</i>	<i>Adjusted model</i>
6	19.0	13.2	5.0	5.2	8.1	8.2
10	10.6	8.7	4.4	4.1	7.4	6.7
15	8.7	7.8	3.4	4.0	5.4	6.6
20	8.8	7.9	2.9	4.1	4.3	6.7
25	9.3	8.4	2.5	4.1	3.7	6.7
30	10.0	8.8	2.3	4.1	3.2	6.8

^aCesarean delivery rate (%). ^bMaternal mortality ratios (per 100,000 live births). ^cNeonatal mortality rate (per 1,000 live births). ^dInfant mortality rate (per 1,000 live births).

Jianfeng Ye et al. *Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery*. Birth, 2014

Obstetrícia: especialidade em extinção?



Cons. Victor Melo

A expressão “violência obstétrica” é um termo que vem sendo utilizado recentemente no Brasil, trazendo grande indignação para nós, obstetras, pois se refere pejorativamente à nossa especialidade, e com uma hostilidade tão contundente que deixa transparecer que fizemos tudo errado até o presente momento, e que uma nova ordem deverá existir para corrigir a assistência obstétrica que realizamos. Questiona-se tudo: da tricotomia ao uso de ocitócicos para estimular as contrações uterinas. Segundo os proponentes desta nova ordem, existem “evidências científicas” que restringem toda inter-

Se ela, por exemplo, não quiser, não poderá ser realizado o toque vaginal, ou a amniotomia. Uma cesariana por indicação obstétrica não poderá ocorrer antes do início do trabalho de parto, sob o risco de o obstetra ser processado e punido. Ou seja, passamos de um modelo que intervém no processo do parto, quando se julga necessário, a um modelo de simples observação, em que a decisão caberá à parturiente.

O projeto pressupõe a “assistência humanizada” à gestante, com o objetivo de garantir a sua saúde e a do recém-nascido. Entretanto, uma leitura atenta demonstra várias inconsistências, por exemplo, a permissão do parto em domicílio, que, sabidamente, aumenta a morbimortalidade perinatal. O documento estende-se por 31 artigos, em que são abordados: os direitos das gestantes e dos recém-nascidos; os princípios da “assistência humanizada”; o Plano Individual do Parto; a caracterização da “violência obstétrica”; a criação das comissões de monitoramento dos índices de cesarianas e de boas práticas obstétricas; a obrigatoriedade, para as escolas formadoras de profissionais da área de saúde, de incluir conteúdos previstos

não foi discutido com as entidades médicas envolvidas com a atenção à saúde das mulheres, ou com as escolas médicas. Acreditamos que é necessário realizar uma discussão mais ampla, para que sejam introduzidas alterações estruturais, culturais, sociais e políticas, que envolvam mudanças nas relações familiares, conjugais, na assistência à saúde, e no atual modelo de educação.

É oportuno lembrar que o direito à vida é uma garantia estabelecida na nossa constituição. Por definição, ele é inerente à condição humana, o que significa dizer que antecede a todos os outros direitos. Ou seja, sem vida não é possível exercer nenhum outro direito previsto na constituição. Por sua vez, os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça devem ser aplicados na assistência à saúde, e um novo modelo de atenção no parto deve ter como balizamento, além da garantia do direito à vida, a obediência a esses princípios. Assim, não vemos como garantir plena autonomia à gestante que deseja ter um parto domiciliar ou que estabelece no seu plano de parto que não permitirá nenhum tipo de intervenção obstétrica que seja necessária, em detrimento

almeja é o nascimento de crianças saudáveis, com todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento preservados, tendo a seu lado uma mãe hígida, apta a amamentá-lo e a prover os cuidados que ele demanda.

É muito preocupante a proposta de estabelecer uma “camisa de força” na assistência ao parto, retirando toda a autonomia do obstetra nesse processo. O Código de Ética Médica prevê, nos princípios fundamentais (item VIII), que: “O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.” À luz deste preceito, se esse projeto de lei for aprovado na íntegra, estará decretado o fim da especialidade obstétrica: nós, médicos, atendendo à lei, estaremos descumprindo um dever fundamental, que é prover o melhor cuidado às pessoas, e, para tal, precisamos ter autonomia no exercício da nossa profissão.

Acreditamos que é importante estabelecer um equilíbrio entre as demandas das gestantes e, ao mesmo tempo, protegê-las, e a seus filhos, de

Violência obstétrica

- Se refere pejorativamente á nossa especialidade, e com hostilidade tão contundente que deixa transparecer que fizemos tudo errado até o presente momento, e que uma nova ordem deverá existir para corrigir a assistência obstétrica que realizamos





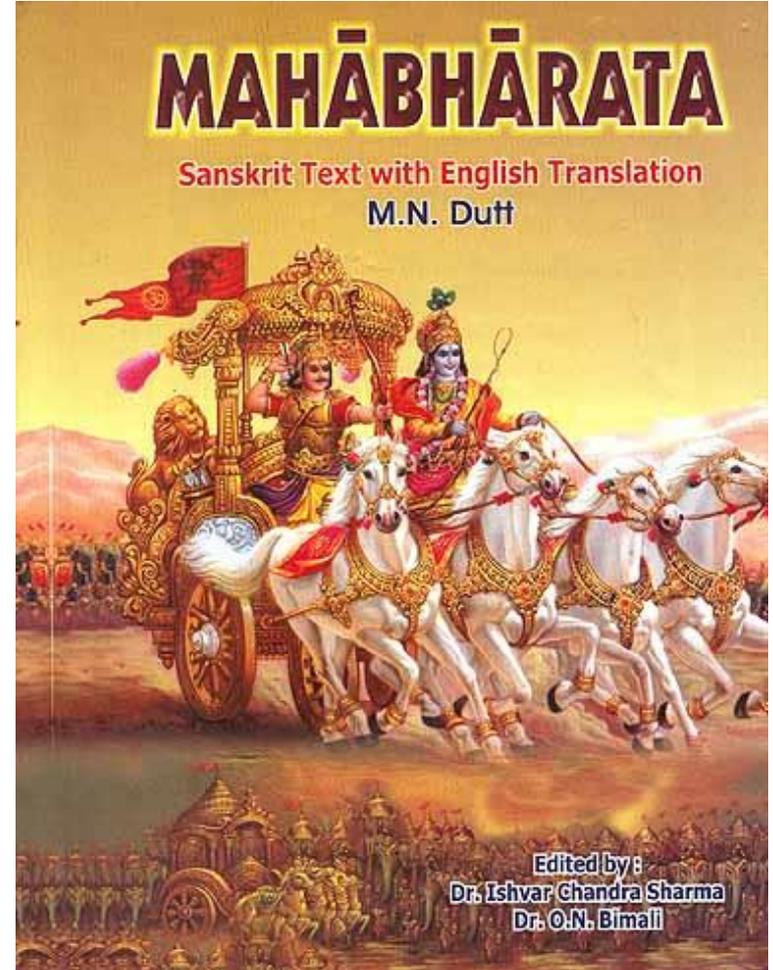
**“Parto humanizado: isso é modismo,
coisa de mulher rica”**



“Não pode haver fanatismo”

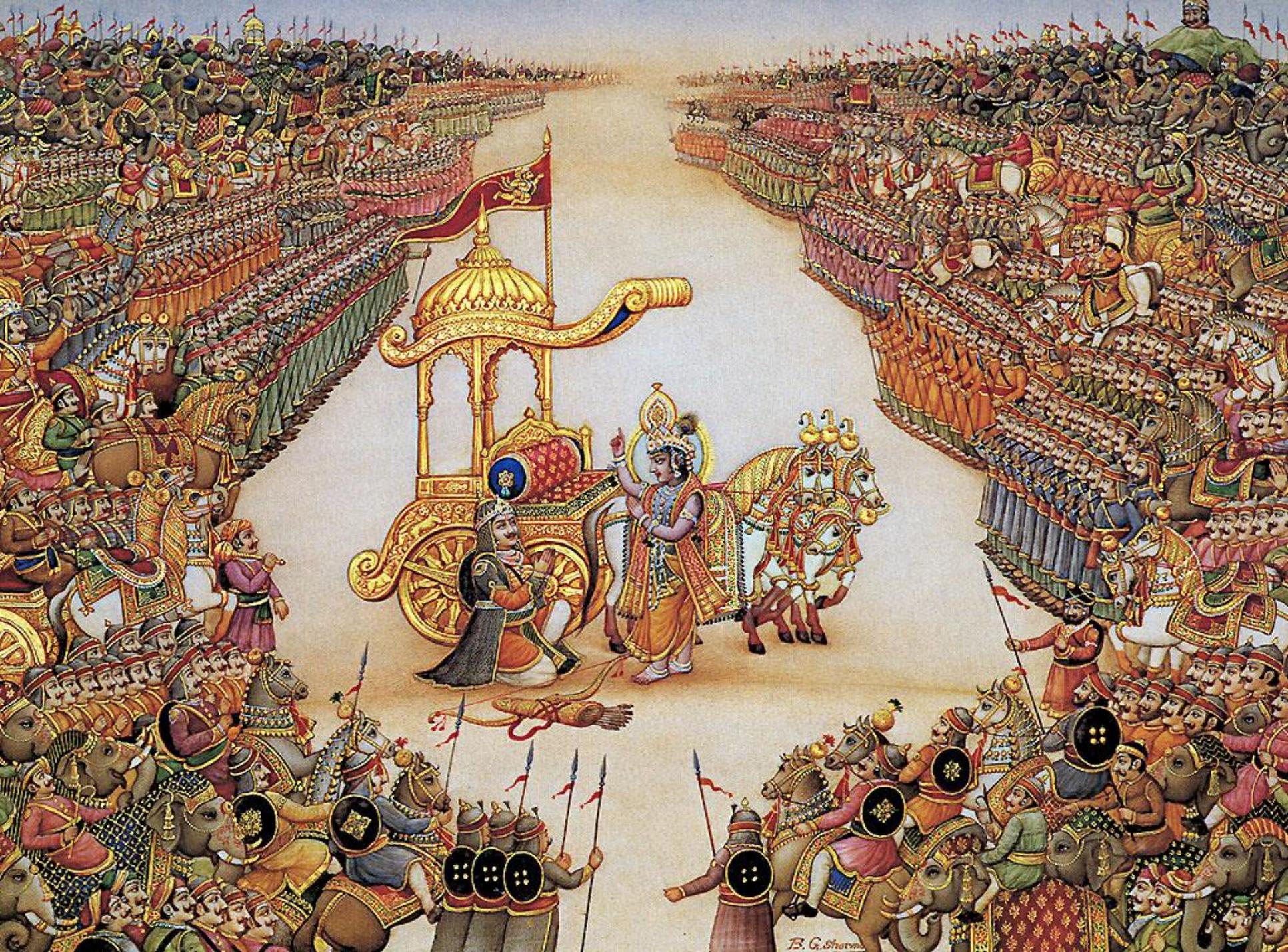
No campo de Kurukshetra, 3.000 A.C.

Postado entre os dois exércitos,
Nesse instante Áryjuna viu
Seus pais, seus avós, seus mestres,
Seus irmãos, seus filhos,
Os seus netos e o seu sogro,
Seus entres queridos todos,
Bem na frente de seus olhos



Árjuna disse:
Vendo parentes e amigos
Presentes diante de mim
Com tal ânimo de luta
Sinto meu corpo tremer
E minha boca secar





O supremo senhor disse:

Como foi que essa impotência
Tomou conta de você?
Ela não condiz com quem
Conhece o valor da vida.

Não permita que a fraqueza
Domine o seu coração.

Como kshatrya seu dever
É participar da luta
Pela causa da verdade,
Nada pode ser melhor
Do que combater por ela.
Não hesite nesta luta.

Felizardos são os kshatryas
Para quem tal luta surge
Sem que a tenham buscado.

Lute apenas por lutar
Sem pensar em perda ou ganho,
Em alegria ou tristeza,
Em vitória ou em derrota,
Pois agindo desse modo,
Você nunca pecará.



Obrigado!!!!!!!