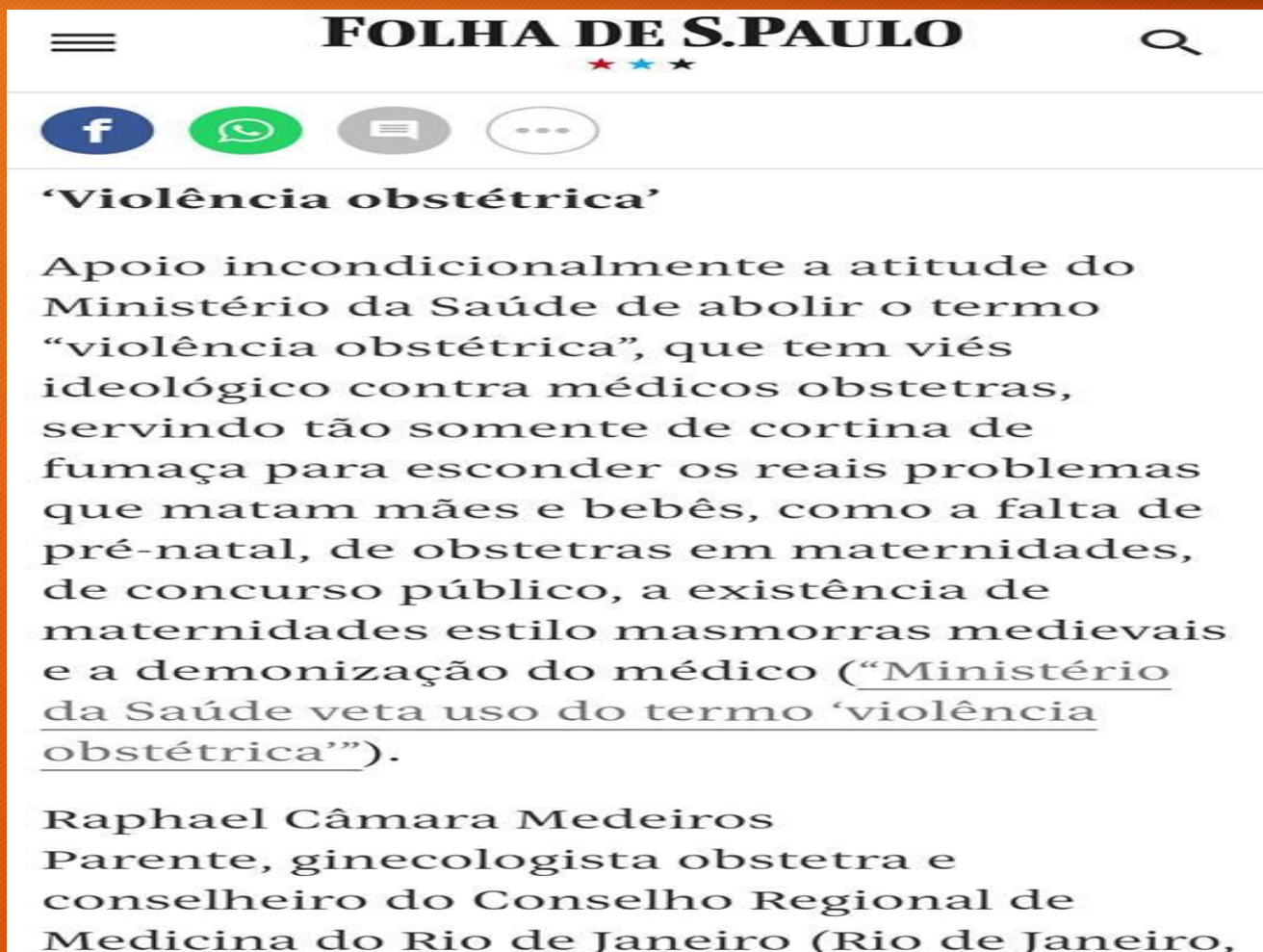


Violência institucional no parto

Raphael Câmara Medeiros Parente PhD, MSc, MD

Folha de São Paulo impressa 8/5/19 e apoio do CREMERJ



FOLHA DE S. PAULO

‘Violência obstétrica’

Apoio incondicionalmente a atitude do Ministério da Saúde de abolir o termo “violência obstétrica”, que tem viés ideológico contra médicos obstetras, servindo tão somente de cortina de fumaça para esconder os reais problemas que matam mães e bebês, como a falta de pré-natal, de obstetras em maternidades, de concurso público, a existência de maternidades estilo masmorras medievais e a demonização do médico (“Ministério da Saúde veta uso do termo ‘violência obstétrica’”).

Raphael Câmara Medeiros
Parente, ginecologista obstetra e
conselheiro do Conselho Regional de
Medicina do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro,



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PARA OS MÉDICOS PARA OS ESTUDANTES

INÍCIO INSTITUCIONAL EVENTOS COMUNICAÇÃO BIBLIOTECA ELETRÔNICA

VOCÊ ESTÁ EM: INFORMES

MS SE POSICIONA CONTRA O TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
07/05/2019

CREMERJ

Nota de APOIO

O CREMERJ apoia a posição do Ministério da Saúde (MS) em se colocar contra o uso do termo “violência obstétrica”. Em despacho realizado na última sexta-feira (3), o Ministério afirma que o termo tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério. Além disso, o documento relata que estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do uso do vocábulo “violência obstétrica” com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada.

Violência é isso!



FOLHA DE S.PAULO

equilíbrio e saúde > saúde responde

PUBLICIDADE

Estado de São Paulo registra recorde histórico de mortalidade materna

Secretaria da Saúde atribui aumento à melhoria na notificação das mortes, mas vê falhas na assistência

28.jun.2019 às 2h00

O GLOBO

OPINIÃO

Partos de alto risco

Morte de gestantes está ligada à retirada de obstetras das consultas de pré-natal e dos partos

f t g+ in

POR RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE

Violência é isso!



https://www.cremerj.org.br/ir

CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PARA OS MÉDICOS PARA OS ESTUDANTES

INÍCIO INSTITUCIONAL EVENTOS COMUNICAÇÃO BIBLIOTECA ELETRÔNICA

VOCE ESTÁ EM: INFORMES

NOTA OFICIAL DO CREMERJ SOBRE AGRESSÃO A MÉDICAS NO HUPE
12/03/2019

NOTA DE REPÚDIO

O CREMERJ vem a público repudiar a agressão física e as ameaças de morte sofridas por duas médicas, no exercício da profissão, ocorridas no Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ, no último sábado, 9 de março.

A agressora, mãe de uma paciente, atendeu

CREMERJ INTERDITA ETICAMENTE UNIDADES DE SAÚDE NO RIO

16/05/2019



O CREMERJ realizou uma coletiva de imprensa nessa quinta-feira, 16, para tratar das interdições éticas realizadas, esta semana, em três unidades de saúde. A principal preocupação foi esclarecer à população e aos médicos os motivos dos bloqueios. O presidente do Conselho, Sylvio Provenzano, o diretor Luís Guilherme dos Santos e o conselheiro Raphael Câmara comandaram a entrevista com os jornalistas.

Em São Gonçalo, foram fechados, na última terça-feira (14), a Unidade de Saúde Familiar Santa Luzia e o Hospital Doutor Luiz Palmier, que manteve a assistência dos pacientes já internados, restringindo somente novas internações.

Já nesta quinta-feira (16), o CREMERJ interditou o Hospital Municipal da Mulher de Cabo Frio, devido à falta de equipamentos e de recursos humanos, principalmente na Unidade Intermediária (UI) Neonatal. Também foi



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PARA OS MÉDICOS PARA OS ESTUDANTES

INÍCIO INSTITUCIONAL EVENTOS COMUNICAÇÃO BIBLIOTECA ELETRÔNICA

VOCE ESTÁ EM: INFORMES

MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING TEM DÉFICIT DE OBSTETRAS
10/05/2019



Em fiscalização no sábado, 4 de maio, membros da Comissão de Saúde Pública do CREMERJ e fiscais do Conselho encontraram o Hospital Maternidade Alexander Fleming sem obstetras, apesar da emergência aberta. Além disso, o centro cirúrgico e a enfermaria da unidade estavam fechados. O Conselho notificou o hospital com uma interdição ética e deu 10 dias para a adequação de recursos humanos. A Secretaria Municipal de Saúde ainda não apresentou solução efetiva ao problema.



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PARA OS MÉDICOS PARA OS ESTUDANTES

INÍCIO INSTITUCIONAL EVENTOS COMUNICAÇÃO BIBLIOTECA ELETRÔNICA

VOCE ESTÁ EM: INFORMES

CREMERJ É CONTRÁRIO AO FECHAMENTO DO HERCULANO PINHEIRO
21/05/2019



A decisão de fechar o Hospital Maternidade Herculanano Pinheiro é um ato administrativo exclusivo da Prefeitura do Rio.

O CREMERJ é contrário à redução do número de leitos hospitalares, o que, evidentemente, criará maiores dificuldades para o já precário atendimento à população. Não concordamos com o fechamento de qualquer Unidade Hospitalar, mas temos a obrigação de fiscalizar para assegurar um atendimento condizente com a boa assistência médica.

O resto é ideologia!

Um levantamento feito pela pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, comandado pela Fundação Perseu Abramo e o Sesc, aponta que **uma em cada quatro mulheres já foi vítima de violência obstétrica.**

≡ **EL PAÍS** 🔍

A [Venezuela](#) foi o primeiro país a regulamentar legalmente a “violência obstétrica” como “apropriação do corpo das mulheres e do processo reprodutivo pelas equipes de saúde por tratamento desumanos”. A violência obstétrica reduz as mulheres ao processo reprodutivo: a



F U N D A Ç Ã O

Perseu Abramo

Partido dos Trabalhadores

Viés ideológico no parto

EXCLUSIVO PARA ASSINANTES

Artigo: Conflito de interesse ideológico na ciência

Editais devem exigir que trabalhos sobre temas controversos incluam pesquisadores de distintos vieses ideológicos

Raphael Câmara Medeiros Parente

14/12/2018 - 00:00 / Atualizado em 17/12/2018 - 08:51

Como disputas ideológicas no país chegaram ao parto

Mariana Alvim - @marianaalvim

Da BBC News Brasil em São Paulo

17 janeiro 2019



A enfermeira obstetra justifica essa percepção citando a aproximação da família Bolsonaro de nomes da área médica que têm defendido abertamente a limitação do aborto e criticado os movimentos pela humanização do parto.

É o caso do ginecologista Raphael Câmara, coordenador do Grupo de Trabalho Materno Infantil do Cremerj (Conselho Regional de Medicina do Rio). Ele esteve sob os holofotes em agosto, quando se colocou contrário à legalização do aborto em uma audiência pública no STF (Supremo Tribunal Federal), e já publicou diversos artigos questionando a defesa da redução de cesáreas.

Nem sequer há definição!

Nesse sentido, quando revisada a literatura, não se encontra uma definição única para a violência obstétrica. D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Outros autores (Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008) definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da

ARTIGOS

Psicologia & Sociedade, 29: e155043

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA *VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BRASIL: UNA REVISIÓN NARRATIVA* *OBSTETRICAL VIOLENCE IN BRAZIL: A NARRATIVE REVIEW*

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>

Gabriela Lemos de Pinho Zanardo, Magaly Calderón Uribe, Ana Hertzog Ramos De Nadal
e Luísa Fernanda Habigzang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

O que inventam ser violência obstétrica: Episiotomia (Intercept e Estadão vs literatura)

Vaginas cortadas sem permissão

Uma das violências mais comuns no parto é a episiotomia, um corte feito abaixo da vagina para aumentar o canal de passagem do bebê. Segundo a Organização Mundial da Saúde, não há nenhuma prova científica de que o corte, tão doloroso, seja necessário. Mas, no Brasil, **mais da metade dos partos normais são feitos com episiotomia**. Muitos deles, sem autorização.

ESTADÃO



**“Não me corta!”
Mulheres imploram,
mas mesmo assim são
mutiladas durante
parto normal**

Rita Lisauskas
03 de fevereiro de 2015 | 09h41



International Urogynecology
Journal

Springer

Obstetric anal sphincter
injuries after episiotomy:
systematic review and meta-
analysis

Tina Sara Verghese, Rita Champaneria,
[...], and Pallavi Manish Latthe

Conclusion

The pooled analysis of a large number of women undergoing vaginal birth, most of who were nulliparous, indicates that MLE has a beneficial effect in prevention of OASI. An accurately given MLE might have a role in reducing OASI and should not be withheld, especially in nulliparous women.

O que inventam ser violência obstétrica



EL PAÍS



violência obstétrica. Não é verdade. A violência obstétrica se manifesta de várias formas no ciclo de vida reprodutiva das mulheres. Em cada mulher insultada verbalmente porque sente dor no momento do parto ou quando não lhe oferecem analgesia. Na **violência sexual** sofrida em atendimento pré-natal ou em clínicas de reprodução assistida. **No uso de fórceps**, na proibição de doulas ou pessoas de confiança na sala de parto. Na **cesárea** como indicação médica para o parto seguro. A verdade é que a violência obstétrica é uma forma de desumanização das mulheres.

Entre mulheres negras, é comum ouvir relatos de médicos que recusam a aplicação de anestésias ou que realizam o exame de toque de forma dolorosa. Segundo elas, estes profissionais se valem de uma **máxima racista** de que a mulher negra “*é mais forte*”.

O que inventam ser violência obstétrica: Kristeller

Empurra e aperta que sai

Essa é a lógica da prática quase medieval chamada de “[manobra de Kristeller](#)”. Ela consiste na prática de empurrar, apertar ou mesmo se sentar sobre a barriga da mulher – que, lembremos, já está passando pelas dores das contrações – para acelerar o parto.

*Tu acha que isso é um
jeito bom de nascer ?*



PORRA

O que inventam ser violência obstétrica: Kristeller

- A manobra de Kristeller muitas vezes está equivocadamente classificada como violência obstétrica e como “proscrita”. Não há qualquer evidência científica de que não deva ser utilizada em situações necessárias. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO, ratificou a manobra de Kristeller para situações necessárias e excepcionais.

O que inventam ser violência obstétrica: Kristeller (Cochrane 2017)



Cochrane Database of Systematic Reviews

Fundal pressure during the second stage of labour (Review)

Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M

maternal morbidity or death were not reported in any trial.

Authors' conclusions

There is insufficient evidence to draw conclusions on the beneficial or harmful effects of fundal pressure, either manually or by inflatable belt. Fundal pressure by an inflatable belt during the second stage of labour may shorten duration of second stage for nulliparous women, and lower rates of operative birth. However, existing studies are small and their generalizability is uncertain. There is insufficient evidence regarding safety for the baby. There is no evidence on the use of fundal pressure in specific clinical settings such as inability of the mother to bear down due to exhaustion or unconsciousness. There is currently insufficient evidence for the routine use of fundal pressure by any method on women in the second stage of labour. Because of current widespread use of the procedure and the potential for use in settings where other methods of assisted birth are not available, further good quality trials are needed. Further evaluation in other groups of women (such as multiparous women) will also be required. Future research should describe in detail how fundal pressure was applied and consider safety of the unborn baby, perineal outcomes, longer-term maternal and infant outcomes and maternal satisfaction.

PLAIN LANGUAGE SUMMARY

Fundal pressure during the second stage of labour for improving maternal and fetal outcomes

What is the issue?

The second stage of labour is the pushing stage, from when the cervix is fully dilated (to 10 cm) until the baby is born. Fetal distress, failure to progress, maternal exhaustion or a medical condition where prolonged pushing is dangerous, can complicate this stage.

Fundal pressure during the second stage of labour (Review)

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

O que inventam ser violência obstétrica

Uns pontinhos a mais para agradar o marido...

Depois do corte, alguns médicos decidem fazer pontos extras ou mais repuxados na altura da vagina, para deixar a mulher “apertadinha” para seu marido. Algumas dessas histórias foram contadas pelo [Intercept](#) em setembro de 2018. Depois da



EL PAÍS



ESTILO

O ‘ponto para o marido’ não é só um mito do parto

O ‘husband stich’, o ponto dado a mais na episiotomia para o prazer masculino, é muito mais do que uma lenda urbana. Conversamos com sexólogas e parteiras que confirmam isso

RESOLUÇÃO CREMERJ n° 293/2019

☰ **Crescer** ASSINE

PARTO

Médicos são proibidos de aceitarem plano de parto no Rio de Janeiro

Segundo resolução polêmica do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, publicada no Diário Oficial nesta semana, a autonomia da gestante deve ser respeitada – desde que leve em conta a autonomia médica

O GLOBO

SOCIEDADE

Resolução do Cremerj causa revolta em defensores do parto humanizado

Texto contraria lei e proíbe médicos de assinar planos que orientem sobre escolhas da mãe; para conselheiro do órgão, documentos são feitos 'por leigos cheios de maluquices'



☰ terra  Ir para o site

 Teste o seu nível de inglês.

MINHA VIDA

Conselho do RJ proíbe obstetras de assinarem plano de parto

Segundo CREMERJ, documento restringe autonomia do médico, mas profissionais reagem à resolução

RESOLUÇÃO CREMERJ nº 293/2019

- MANDADO DE SEGURANÇA COLETIVO Nº 5007731-26.2019.4.02.5101/RJ

IMPETRANTE: REDE PELA HUMANIZACAO DO PARTO E NASCIMENTO

IMPETRADO: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CREMERJ

- Isto posto, indefiro a petição inicial e JULGO EXTINTO o feito com base no art.485, I, do CPC.

RESOLUÇÃO CREMERJ nº 293/2019

- Art. 1º É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal.
- Art. 2º A vedação contida no art. 1º não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico.

RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE
Conselheiro-Relator

RESOLUÇÃO CREMERJ nº 293/2019

* NÃO PERMITO a presença de residentes e/ou estudantes durante todo o meu parto

* **EXIJO QUE SEJA RESPEITADO O MEU TEMPO DE PARTO. QUE NÃO SEJA IMPOSTA, OU SOFRA QUALQUER PRESSÃO PARA UMA CESARIANA POR UM TRABALHO DE PARTO LONGO, SEM REAL INDICAÇÃO CLÍNICA**

* DESEJO que qualquer foto ou filmagem aconteça apenas após o meu consentimento

MONITORAÇÃO DO BEBÊ

* DESEJO de ter monitoração intermitente, se o bebê estiver bem. Desejo ao menos uma monitoração com o sonar durante o expulsivo

ALIVIO DE DOR

* DESEJO NÃO ter medicação para a dor

* NÃO QUERO QUE SEJA OFERECIDA ANALGESIA POR NENHUM MEMBRO DA EQUIPE. EU MESMA PEDIREI CASO DESEJE ALÍVIO DE DOR

* DESEJO que a equipe me ofereça métodos não farmacológicos para o alívio da dor (bola, massagens, banhos, terapia frio/calor)

PERÍODO EXPULSIVO

* DESEJO poder escolher a posição mais confortável para parir

* Desejo que os puxos sejam involuntários. Desejo que NÃO me mandem fazer força. Prefiro que meu corpo trabalhe sozinho

Durante o Parto

- Não permito episiotomia em hipótese nenhuma;
- Realizar infusão intravenosa de ocitocina apenas se houver indicação da equipe médica, e desde que previamente discutido comigo ou meu marido, caso seja necessária desejo que seja feita por bomba infusora;
- Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo ou que seja forçada a saída do bebê de forma alguma (Manobra de Kristeller);
- Deixar o bebê nascer naturalmente, sem puxos dirigidos ou giros e manobras manuais no expulsivo;
- Não quero que puxem o bebê depois da saída da cabeça, que façam massagens no períneo para estimular, ou qualquer outra intervenção do tipo;
- Deixar o bebê vir naturalmente, dando a preferência de eu mesma ou meu marido *(ou sua mão se for possível a doula)* aparar o bebê na sua saída;
- Assim que o bebê nascer, deve vir direta e imediatamente para o meu colo, realizando contato pele a pele, caso não seja possível fazê-lo comigo, que seja feito com o acompanhante; *isso também não seja possível com a doula.*

O que inventam ser violência obstétrica: colírio

- O clameamento e o corte do cordão serão feito apenas depois que ele parar de pulsar (o corte será feito pelo meu companheiro) e depois da saída da placenta. Com exceção em caso do bebê precisar de alguma intervenção urgente. Peço ser comunicada nesse caso;
- Não autorizo o uso de colírio ou nitrato de prata (credê), pois meus exames pré-natais descartam infecção por clamídia e gonorréia, não havendo necessidade de tal intervenção;
- Amamentação em livre demanda, o quanto antes for possível. Não oferecer água glicosada, leite artificial ou bicos;
- Não dar banho logo após o nascimento ou remover o vernix caseoso. O primeiro banho será dado pela família, a princípio em casa;

US Preventive Services Task Force | Recommendation Statement

January 29, 2019

Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum

US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement

conditions. The USPSTF found no new data that would change its previous conclusion that there is convincing evidence that topical ocular prophylaxis of all newborns is not associated with serious harms. Therefore, the USPSTF reaffirms its previous conclusion that there is convincing evidence that topical ocular prophylaxis for all newborns provides substantial benefit.

Conclusions and Recommendation The USPSTF recommends prophylactic ocular topical medication for all newborns to prevent gonococcal ophthalmia neonatorum. (A recommendation)

A obstetrícia virou uma bagunça!

Jorge Coli



Lugar de fala não pode ser confundido com argumento de autoridade

Expressão tornou-se instrumento cômodo para calar boca dos que estão em desacordo



30.jun.2019 às 2h00

Níveis de Evidências



“A mulher sabe parir e o bebê sabe a hora de nascer”. Será??!!

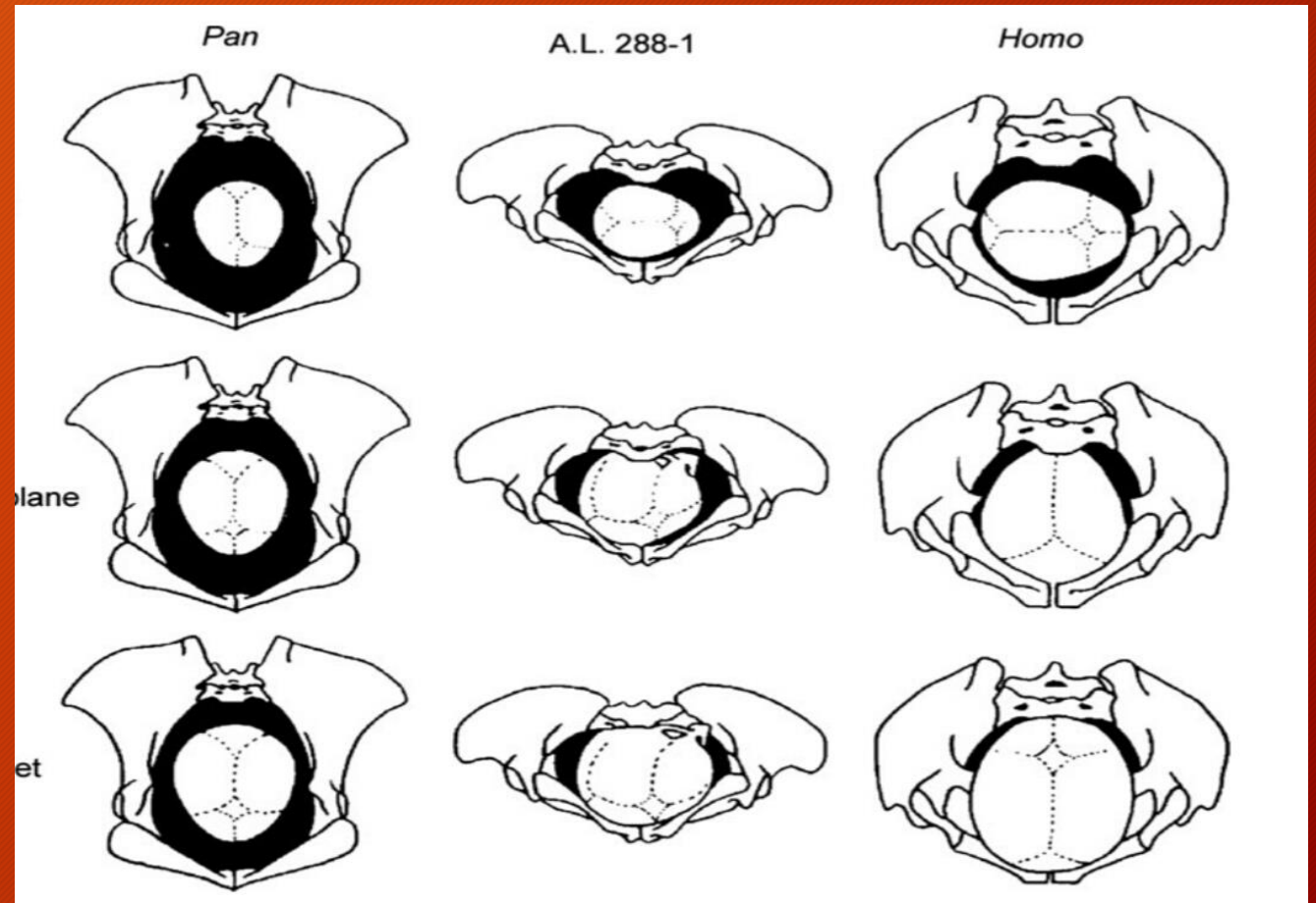
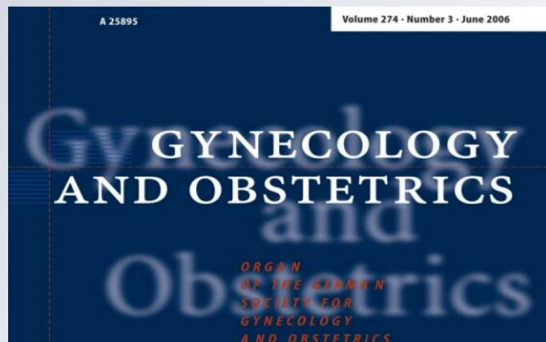
The history of vaginal birth

Raphael Câmara Medeiros Parente, LÍlian Paglarelli Bergqvist, Marina Bento Soares & Olimpio Barbosa Moraes Filho

Archives of Gynecology and Obstetrics

ISSN 0932-0067
Volume 284
Number 1

Arch Gynecol Obstet (2011)
284:1-11
DOI 10.1007/
s00404-011-1918-6



O que inventam ser violência obstétrica: cesariana

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 761

(Replaces Committee Opinion No. 559, April 2013)

Committee on Obstetric Practice

This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice in collaboration with committee members Meredith L. Birsner, MD and T. Flint Porter, MD.

Cesarean Delivery on Maternal Request

ABSTRACT: The incidence of cesarean delivery on maternal request and its contribution to the overall increase in the cesarean delivery rate are not well known, but it is estimated that 2.5% of all births in the United States are cesarean delivery on maternal request. Cesarean delivery on maternal request is not a well-recognized clinical entity. The available information that compared the risks and benefits of cesarean delivery on maternal request and planned vaginal delivery does not provide the basis for a recommendation for either mode of delivery.

Cesariana e OMS



WHO Statement on Caesarean Section Rates

Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate

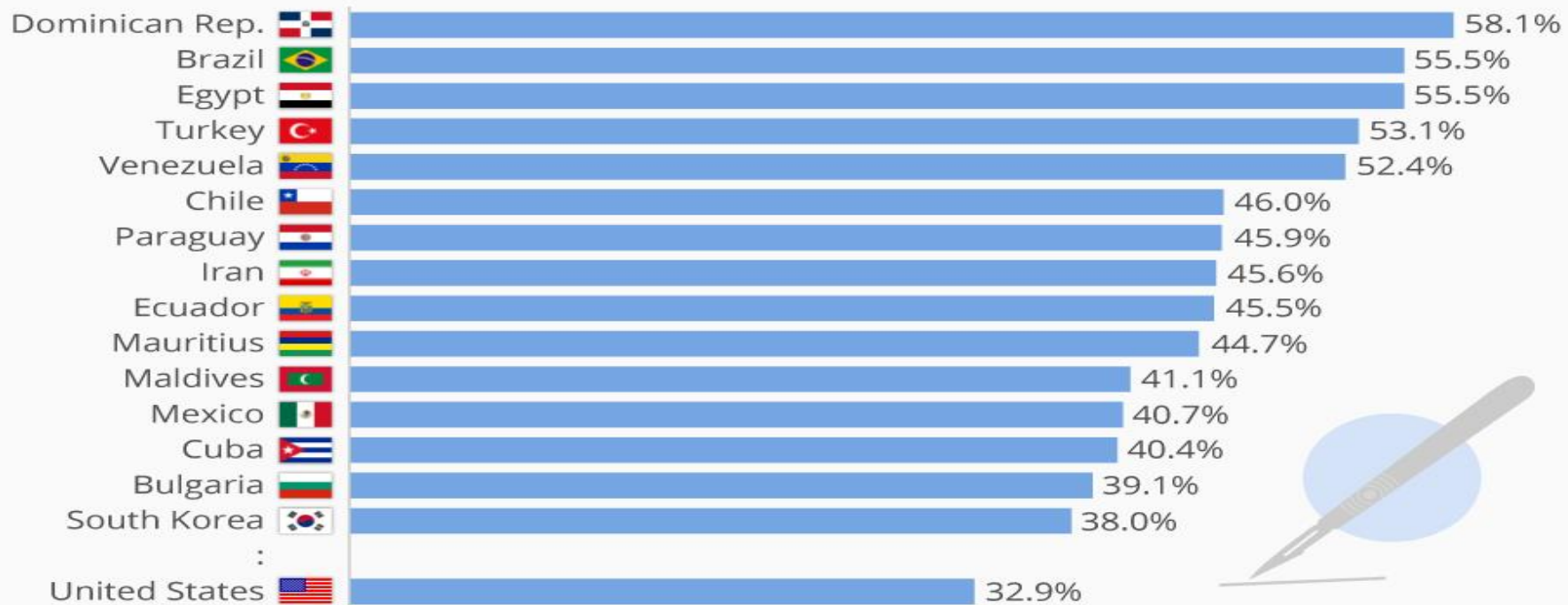
Executive summary

Since 1985, the international healthcare community has considered the ideal rate for caesarean sections to be between 10% and 15%. Since then, caesarean sections have become increasingly common in both developed and developing countries. When medically justified, a caesarean section can effectively prevent maternal and perinatal mortality and morbidity. However, there is no evidence showing the benefits of caesarean delivery for women or infants who do not require the procedure. As with any surgery, caesarean sections are associated with short and long term risk which can extend many years beyond the current delivery and affect the health of the woman, her child, and future pregnancies. These risks are higher in women with limited access to comprehensive obstetric care.

Taxas de cesariana-Lancet 2018

Which Countries Conduct The Most Caesarean Sections?

Caesarean rates by country (most recent available year)



@StatistaCharts Source: The Lancet

A argumentação contra a cesariana é baseada em mentiras!

FAKES

A importância do estímulo ao parto normal

Parto é uma questão de **saúde** e a escolha do modelo deve ser pelo **método mais adequado** para cada caso e o mais seguro para a mãe e o bebê.

Cesariana amplia em **120 VEZES A PROBABILIDADE** de o bebê ter síndrome de angústia respiratória e **TRIPLICA O RISCO** de mortalidade materna.

Cerca de **25% dos óbitos*** neonatais e **16% dos óbitos** infantis são causados por prematuridade

As mães também ficam sujeitas a complicações como: perda de maior volume de sangue, infecções puerperais e acidentes anestésicos.



Fonte: MARTINS-COSTA SH (org.).
Projeto diretrizes. Federação Brasileira
das Sociedades de Ginecologia e
Obstetrícia (2002)
*Dados do Sistema de Informação sobre
Mortalidade (SIM)



A argumentação contra a cesariana é baseada em mentiras!

Acta Pædiatr 88: 1244–8. 1999

Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at ‘term’

J Madar¹, S Richmond² and E Hey³

Derriford Hospital¹, Plymouth, UK; Sunderland Royal Hospital², Sunderland, UK; Princess Mary Maternity Hospital³, Newcastle upon Tyne, UK

Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at ‘term’. *Acta Pædiatr* 1999; 88: 1244–8. Stockholm. ISSN 0803–5253

Babies of 37–41 wk gestation are, by international convention, said to be born at ‘term’, but some still develop respiratory distress. It is not clear how mature a baby has to be to be free of risk of primary surfactant deficiency. An area-based retrospective study of all the 179 701 babies of 34 or more weeks’ gestation born alive in a defined area of the north of England in 1988–92 identified 149 babies with features of respiratory distress typical of surfactant deficiency severe enough to be managed with ventilatory support and with no evidence of aspiration or intrapartum infection. Gestation was carefully cross-validated against antenatal information, including at least one ultrasound assessment in the first half of pregnancy. Thirty-six of these babies were born at or after 37 wk gestation. Only 4 of the 35 delivered at 37–38 wk went into spontaneous labour. Seven became ill enough to be candidates for ECMO and two died. A review of all neonatal deaths in the study area between 1981 and 1995 identified four similar deaths in 1981–87 and two in 1993–95. Babies who are not premature, using the internationally agreed definition, can show signs of potentially lethal pulmonary immaturity at birth, especially if subjected to pre-labour Caesarean delivery. Those born at 37–38 wk are 120 times more likely to receive ventilatory support for surfactant deficiency than those born at 39–41 wk. Elective delivery should only be undertaken

“A obsessão pelo parto normal mata mulheres”

EBC Agência Brasil

Número de cesarianas cai pela primeira vez no Brasil

Dados do Ministério da Saúde mostram que esse tipo de parto, que

Publicado em 10/03/2017 - 10:56
Por Paula Laboissière - Repórter da Agência Brasil Brasília



https://www1.folha.uol.com.br

FOLHA DE S.PAULO


Brasil 64,5

Série histórica em SP e no Rio



Ano	Rio de Janeiro	São Paulo
1996	64,8	43,6
2003	68	34,2
2009	93,7	56,6
2017	84,7	60,6

revistacrescer.globo.com



GRÁVIDAS TERÃO MAIS SEGURANÇA NO DESLOCAMENTO ATÉ O HOSPITAL (FOTO: THINKSTOCK)

Com 136 maternidades participantes, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) inicia em janeiro a segunda etapa da **Campanha Parto Adequado**. A meta é reduzir o número de **cesarianas** desnecessárias, ou seja, que não tenham indicação clínica e sejam feitas apenas por conveniência das partes envolvidas, podendo, inclusive, causar prejuízos à **saúde do bebê**. No ano passado, 35 maternidades fizeram parte da primeira fase da campanha.

CREMERJ

JANAÍNA PASCHOAL E TALÍRIA PETRONE DEBATEM PARTO NO CREMERJ 30/03/2019



“A obstinação pelo parto natural leva mulheres à morte”. “O parto normal como uma conquista social e de liberdade das mulheres” foram os temas abordados pela deputada estadual em São Paulo Janaína Paschoal (PSL) e pela deputada federal Talíria Petrone (PSOL-RJ) respectivamente, na mesa “A Sociedade e a Visão do Parto”. Foi o debate mais acalorado do evento e gerou intensa participação da plateia.

PL 435/2019 que dá o direito de escolha pela via de parto e ANALGESIA x aborto

PROJETO DE LEI Nº 435, DE 2019

Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

Artigo 1º - A parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia.

§ 1º - A cesariana eletiva só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas.

§ 2º - Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

Artigo 2º - A parturiente que opta ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deve ser respeitada em sua autonomia.

Parágrafo único - Garante-se à parturiente o direito à analgesia.

Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: "Constituí direito da parturiente escolher cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação".

Artigo 4º - Sempre poderá o médico, em divergindo da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.

Artigo 5º - As despesas, decorrentes da execução desta lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Artigo 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Janaina Paschoal



obstétrica. Por isso, às histórias de dor física ou abusos verbais de nossas mães e avós, devemos somar as histórias da clandestinidade do aborto — as leis restritivas de aborto atingem **97% das mulheres** em idade reprodutiva na América Latina e Caribe. Todas essas são expressões da violência obstétrica, uma forma silenciosa e perene de violência baseada em gênero.



Na frente do SUPREMO, médico destrói os argumentos 'pró-aborto'

500.783 visualizações

41 mil

1,2 mil

Compartilhar

Adicionar a

Cesariana a pedido materno

DOI: 10.1590/0100-69912016004002

Artigo de Revisão

Cesariana a pedido materno

Cesarean section by maternal request

RAPHAEL CÂMARA¹, MARCELO BURLÁ^{2,3}, JOSÉ FERRARI⁴, LANA LIMA⁵, JOFFRE AMIM JUNIOR⁵, ANTONIO BRAGA^{2,5}, JORGE REZENDE FILHO⁵.

R E S U M O

A cesariana a pedido materno é aquela realizada em uma gestante sem indicações médicas e sem contraindicação para tentativa do parto vaginal. Existe grande controvérsia sobre a realização da cesariana a pedido. Riscos potenciais da cesariana a pedido incluem complicações em gravidezes subsequentes, tais como: rotura uterina, placenta prévia e acretismo. Potenciais benefícios da cesariana a pedido englobam um menor risco de hemorragia pós-parto na primeira cesariana e menos complicações cirúrgicas quando comparada ao parto vaginal. A cesariana a pedido jamais deve ser realizada antes de 39 semanas.

Descritores: Gestantes. Parto. Cesárea.

Cesariana a pedido materno

Cesarean Delivery on Maternal Request

Maternal and Neonatal Outcomes

Anthony G. Visco, MD, Meera Viswanathan, PhD, Kathleen N. Lohr, PhD, Mary Ellen Wechter, MD, Gerald Gartlehner, MD, Jennifer M. Wu, MD, Rachel Palmieri, Michele Jonsson Funk, PhD, Linda Lux, MPH, Tammeka Swinson, and Katherine Hartmann, MD, PhD

OBJECTIVE: To review systematically the evidence about maternal and infant outcomes of cesarean delivery on maternal request and planned vaginal delivery.

DATA SOURCES: We searched MEDLINE, Cochrane Collaboration resources, and Embase and identified 1,406 articles through dual review using a priori inclusion criteria.

METHODS OF STUDY SELECTION: We included English language studies published from 1990 to June 2005 that compared the key reference group (cesarean delivery on maternal request or proxies) and planned vaginal delivery.

TABULATION, INTEGRATION, AND RESULTS: We identified 54 articles for maternal and infant outcomes. Virtually no studies exist on cesarean delivery on maternal request, so the knowledge base rests on indirect evidence from proxies with unique and significant limitations. Most studies compared outcomes by *actual* routes of delivery, resulting in variable relevance to *planned* routes of delivery. Primary cesarean delivery on

outcomes, suggests no major differences between primary cesarean delivery on maternal request and planned vaginal delivery, but the evidence is too weak to conclude definitively that differences are completely absent. If a woman chooses to have a cesarean delivery in her first delivery, she is more likely to have subsequent deliveries by cesarean. With increasing numbers of cesarean delivery, risks occur with increasing frequency.

CONCLUSION: The evidence is significantly limited by its minimal relevance to primary cesarean delivery on maternal request. Future research requires developing consensus about terminology, creating a minimum data set for cesarean delivery on maternal request, improving study design and statistical analyses, attending to major outcomes and their special measurement issues, assessing both short- and long-term outcomes with better measurement strategies, dealing better with confounders, and considering the value or utility of different outcomes.

(Obstet Gynecol 2006;108:1517-29)

Evidências-mortalidade fetal

- Cesariana de rotina com 39 semanas evitaria 2 mortes fetais a cada 1000 nascidos vivos ou 6000 mortes fetais nos EUA/ano. Varia de 1.3/1000 com 37 semanas a 4.6/1000 com 41 semanas. Mas por outras questões não deve ser realizada por esse motivo. Explica menor litigância.
- Hankins GD, Clark SM & Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. Semin Perinatol 2006; 30: 276-287.

Evidências cesariana a pedido x vaginal (ACOG)

Table 2. Outcome Variables With Moderate Quality Evidence Regarding Delivery Route for Term Singleton Gestation With Vertex Presentation ⇐

Favor Planned Vaginal Delivery	Favor Planned Cesarean Delivery
Maternal length of stay	Maternal hemorrhage
Neonatal respiratory morbidity	
Subsequent placenta previa or accreta	
Subsequent uterine rupture	

Data from NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consens State Sci Statements 2006;23:1–29. [PubMed]

Referen

1. Martin EC, Ma Rep 20 data/nv 2012. ⇐
2. NIH St ean del

man
— Ces
is n
chil
plac
with

Evidências

- **Favorece cesariana a pedido:** menores taxas de hemorragia e transfusões (primeira cesariana), menos complicações cirúrgicas, menos incontinência urinária com 1 ano pós-parto (sem diferença com 2 e 5 anos e aumenta depois), menos mortalidade fetal, infecções neonatais, hemorragia intracraniana, asfixia neonatal, encefalopatias e injúrias ao neonato.

Evidências

- **Favorece o parto vaginal:** menor tempo hospitalar e taxas de infecção materna, menos complicações anestésicas, início da amamentação (sem diferenças em 3 e 24 meses), morbidade respiratória neonatal até 39 semanas.
- **Sem diferenças detectáveis:** dor pós-parto, dor pélvica, depressão pós-parto, fístulas, função anorretal, função sexual, mortalidade materna.
- No parto pélvico, ensaio clínico mostrou melhores resultados para a cesariana.

Evidências-JAMA 2013

CLINICAL CROSSROADS

Table. Selected Maternal and Neonatal Outcomes With Reference to CDMR^a

Improved With CDMR	No Change With CDMR	Worse With CDMR
	Maternal Outcomes	
Infection (planned vs unplanned cesarean) (III) Operative or perineal injury (III) Hemorrhage (II) Anal and urinary incontinence (III)	Maternal mortality (III) Breastfeeding (III) Pain (III)	Infection (cesarean vs vaginal delivery overall) (III) Length of stay (II) Uterine rupture, placenta previa/accreta in subsequent pregnancies (II)
	Neonatal Outcomes	
Asphyxia, hypoxic ischemic encephalopathy (III) Brachial plexus injury (III)		Respiratory morbidity (II) Length of stay (III)

Abbreviation: CDMR, cesarean delivery on maternal request.

^aAdapted from Visco et al.¹⁵ Levels of evidence (indicated in parentheses): I=strong; II=moderate; III=weak.²⁵

Estudo Lancet na Ásia com 110 mil partos



Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08

*Pisake Lumbiganon, Malinee Laopaiboon, A Metin Gülmezoglu, João Paulo Souza, Surasak Taneepanichskul, Pang Ruyan, Deepika Eranjanie Attygalle, Naveen Shrestha, Rintaro Mori, Nguyen Duc Hinh, Hoang Thi Bang, Tung Rathavy, Kang Chuyun, Kannitha Cheang, Mario Festin, Venus Udomprasertgul, Maria Julieta V Germar, Gao Yanqiu, Malabika Roy, Guillermo Caroli, Katherine Ba-Thike, Ekaterina Filatova, José Villar, for the World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group**

Summary

Background There has been concern about rising rates of caesarean section worldwide. This Article reports the third phase of the WHO global survey, which aimed to estimate the rate of different methods of delivery and to examine the relation between method of delivery and maternal and perinatal outcomes in selected facilities in Africa and Latin America in 2004–05, and in Asia in 2007–08.

Methods Nine countries participated in the Asia global survey: Cambodia, China, India, Japan, Nepal, Philippines, Sri Lanka, Thailand, and Vietnam. In each country, the capital city and two other regions or provinces were randomly selected. We studied all women admitted for delivery during 3 months in institutions with 6000 or fewer expected deliveries per year and during 2 months in those with more than 6000 deliveries. We gathered data for institutions to obtain a detailed description of the health facility and its resources for obstetric care. We obtained data from women's medical records to summarise obstetric and perinatal events.

Findings We obtained data for 109101 of 112152 deliveries reported in 122 recruited facilities (97% coverage), and analysed 107950 deliveries. The overall rate of caesarean section was 27·3% (n=29428) and of operative vaginal delivery was 3·2% (n=3465). Risk of maternal mortality and morbidity index (at least one of: maternal mortality, admission to intensive care unit [ICU], blood transfusion, hysterectomy, or internal iliac artery ligation) was increased for operative vaginal delivery (adjusted odds ratio 2·1, 95% CI 1·7–2·6) and all types of caesarean section (antepartum without indication 2·7, 1·4–5·5; antepartum with indication 10·6, 9·3–12·0; intrapartum without indication 14·2, 9·8–20·7; intrapartum with indication 14·5, 13·2–16·0). For breech presentation, caesarean section, either antepartum (0·2, 0·1–0·3) or intrapartum (0·3, 0·2–0·4), was associated with improved perinatal outcomes, but also with increased risk of stay in neonatal ICU (2·0, 1·1–3·6; and 2·1, 1·2–3·7, respectively).

Lancet 2010; 375: 490–99

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at thelancet.com on December 3, 2010

Published Online
January 12, 2010
DOI:10.1016/S0140-6736(09)61870-5

See [Comment](#) page 440

* Members listed at end of paper

Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine (Prof P Lumbiganon MD), and Department of Biostatistics and Demography, Faculty of Public Health (M Laopaiboon PhD), Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand; UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research

Estudo Lancet na Ásia com 110 mil partos

	n/N (%)	Adjusted OR (95%CI)
Death*		
Spontaneous (reference)	53/75 057 (0.1%)	1
Operative vaginal delivery	9/3465 (0.3%)	3.1 (1.5–6.5)
Antepartum CS without indications	0/1515	..
Antepartum CS with indications	11/10 853 (0.1%)	1.1 (0.5–2.3)
Intrapartum CS without indications	1/554 (0.2%)	4.8 (0.6–36.0)
Intrapartum CS with indications	23/16 506 (0.1%)	1.6 (0.9–2.8)
Admission to ICU†		
Spontaneous (reference)	442/75 057 (0.6%)	1
Operative vaginal delivery	76/3465 (2.2%)	2.4 (1.8–3.3)
Antepartum CS without indications	5/1515 (0.3%)	9.9 (3.8–25.8)
Antepartum CS with indications	391/10 853 (3.6%)	42.8 (34.5–53.1)
Intrapartum CS without indications	35/554 (6.3%)	67.0 (42.0–106.7)
Intrapartum CS with indications	1489/16 506 (9.0%)	55.7 (47.1–65.8)

Estudo Lancet na Ásia com 110 mil partos

Blood transfusion‡

Spontaneous (reference)	785/75 057 (1.0%)	1
Operative vaginal delivery	78/3465 (2.3%)	2.1 (1.6–2.8)
Antepartum CS without indications	3/1515 (0.2%)	0.8 (0.3–2.6)
Antepartum CS with indications	352/10 853 (3.2%)	4.1 (3.4–4.8)
Intrapartum CS without indications	7/554 (1.3%)	3.9 (1.8–8.5)
Intrapartum CS with indications	541/16 506 (3.3%)	4.7 (4.1–5.3)

Hysterectomy§

Spontaneous (reference)	28/75 057 (0.04%)	1
Operative vaginal delivery	4/3465 (0.1%)	2.8 (0.9–7.9)
Antepartum CS without indications	0/1515	..
Antepartum CS with indications	35/10 853 (0.3%)	6.9 (4.1–11.6)
Intrapartum CS without indications	0/554	..
Intrapartum CS with indications	37/16 506 (0.2%)	5.8 (3.5–9.6)

Estudo Lancet na Ásia com 110 mil partos

Maternal mortality and morbidity index¶

Spontaneous (reference)	1215/75 057 (1.6%)	1
Operative vaginal delivery	146/3465 (4.2%)	2.1 (1.7–2.6)
Antepartum CS without indications	9/1515 (0.6%)	2.7 (1.4–5.5)
Antepartum CS with indications	744/10 853 (6.9%)	10.6 (9.3–12.0)
Intrapartum CS without indications	40/554 (7.2%)	14.2 (9.8–20.7)
Intrapartum CS with indications	1947/16 506 (11.8%)	14.5 (13.2–16.0)

OR=odds ratio. CS=caesarean section. ICU=intensive care unit. *Adjusted for malaria, severe anaemia, other disorders, any condition suggesting HIV/AIDS, pre-eclampsia, eclampsia, suspected fetal growth impairment, bleeding in second half of pregnancy, and referred for complication related to pregnancy or delivery. †Adjusted for maternal age, year of education, birthweight, HIV, chronic hypertension, cardiac/renal diseases, malaria, severe other medical disorders, prelabour rupture of membranes, pregnancy-induced hypertension, pre-eclampsia, vaginal bleeding in second half of pregnancy, referred for complication related to pregnancy or delivery, and referred for complication related to pregnancy or delivery. ‡Adjusted for maternal age, year of education, primiparous, birthweight, cervix surgery, chronic respiratory

Mortes no sistema público e privado

Obitos Maternos segundo Estabelecimento de Ocorrência - 2011

ESTABELECEMENTOS DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO	Nº	%	% AC
HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA	13	18,8%	
HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	8	11,6%	
HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE	5	7,2%	
HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II	6	8,7%	
HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA	4	5,8%	
HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER	4	5,8%	
HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO	1	1,4%	
HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO	1	1,4%	
HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA	1	1,4%	73,9%
CER LEBLON	1	1,4%	
CER ILHA	2	2,9%	
CER SANTA CRUZ	1	1,4%	
CER CENTRO	1	1,4%	
UPA COSTA BARROS	1	1,4%	
UPA JOAO XXIII	1	1,4%	
CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO (AP 3.3)	1	1,4%	
CASA DE SAUDE SENHORA DO CARMO	2	2,9%	
HOSPITAL DE CLINICAS MARIO LIONI	1	1,4%	
PERINATAL LARANJEIRAS	1	1,4%	
PERINATAL BARRA	1	1,4%	
HOSPITAL SAO LOURENCO	1	1,4%	13,0%
HOSPITAL CAXIAS DOR	1	1,4%	
HOSPITAL CEMERU	1	1,4%	
HOSPITAL OESTE DOR	1	1,4%	
MS HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	2	2,9%	
MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	3	4,3%	8,7%
MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	1	1,4%	
HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUART	1	1,4%	1,4%
HOSPITAL MARIO KROEFF	1	1,4%	1,4%
UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	1	1,4%	1,4%
TOTAL	69	100%	
DOMICÍLIO	2		

Partos no sistema público (2012)

Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro
 Nascimentos p/ ocorrência por Estabelecimentos de Saúde e Tipo de parto
 Município de ocorrência: Rio de Janeiro | Período: 2012

Estabelecimentos de Saúde	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	% Cesárea
3567486 SMSDC CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	199			199	0,00%
2270056 SMSDC RIO HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK	121	21	1	143	14,69%
7027397 SMSDC MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA	1260	262		1522	17,21%
2270390 SMSDC MATER HERCULANO PINHEIRO	2528	823	2	3353	24,55%
2270269 SMSDC HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO	1705	632		2337	27,04%
2295407 SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA	3735	1537	20	5292	29,04%
7041624 SMSDC HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO	1065	511		1576	32,42%
6995462 SMS RIO HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II	1929	948	15	2892	32,78%
2270609 SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	3469	1942	6	5417	35,85%
2280248 SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	3864	2255	1	6120	36,85%
2295415 HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	705	412	1	1118	36,85%
2298120 SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER	2729	1594		4323	36,87%
2269945 SMS MATERN ALEXANDER FLEMING	1607	1020	3	2630	38,78%
2269880 MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	1262	811	11	2084	38,92%
5717256 SMSDC HOSPITAL MUN RONALDO GAZOLLA	2719	1871	1	4591	40,75%
2270714 SMSDC RIO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	2308	1652	1	3961	41,71%
2273373 SMSDC RIO MATERNIDADE OSWALDO NAZARETH	1973	1787	8	3768	47,43%
2270021 MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	1118	1024		2142	47,81%
2708353 FIOTEC IFF INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA	588	642		1230	52,20%
2269783 UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	325	448		773	57,96%
2273438 SSP HOSPITAL CENTRAL DA POLICIA MILITAR HCPM	225	363	2	590	61,53%
5158044 HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS	259	661	1	921	71,77%
2269988 MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	181	464		645	71,94%
2270692 CBMERJ HOSP ARISTARCHO PESSOA HOSP DO CORPO DE BOMBEIROS	46	153		199	76,88%
6043941 HOSPITAL CENTRAL DA AERONAUTICA HCA	90	303		393	77,10%
Total do Município (Unidades >100 partos/ano)	38325	52066	90	90481	57,54%

Fonte:

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Partos no sistema privado (2012)

Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro
Nascimentos p/ ocorrência por Estabelecimentos de Saúde e Tipo de parto
Município de ocorrência: Rio de Janeiro | Período: 2012

Estabelecimentos de Saúde	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	% Cesárea
3046303 HOSPITAL DE CLINICAS DR ALOAN	2	166		168	98,81%
3053423 PROSAUDE HOSPITAL DE CLINICAS	13	759		772	98,32%
3176355 URMED URGENCIAS MEDICAS	2	111		113	98,23%
3013014 HOSPITAL DO AMPARO	21	779		800	97,38%
3058336 CLINICA SANTA BARBARA	33	1032		1065	96,90%
2271281 HOSPITAL MEMORIAL	8	212		220	96,36%
3146529 HOSPITAL RIO DE JANEIRO	45	972		1017	95,58%
3012964 AMIU FREGUESIA JPA	167	2845	1	3013	94,42%
3005879 HOSPITAL JOARI	76	1397	7	1480	94,39%
3046281 CASA DE SAUDE SENHORA DO CARMO	79	1282		1361	94,20%
3018032 SANTA THEREZINHA	197	3063		3260	93,96%
3034984 HOSPITAL QUINTA DOR	9	143	1	153	93,46%
3006131 HOSPITAL SANTA MARIA MADALENA	70	974		1044	93,30%
5289025 SERV BABY HOSPITAL MATERNO INFANTIL	99	1373	1	1473	93,21%
6159397 PERINATAL BARRA CASA DE SAUDE LARANJEIRAS	426	5237		5663	92,48%
3603474 HOSPITAL PASTEUR	152	1782		1934	92,14%
2271443 CASA DE SAUDE SAO JOSE	296	2850		3146	90,59%
2814188 PERINATAL LARANJEIRAS CASA DE SAUDE LARANJEIRAS	462	3874		4336	89,35%
3521133 HOSPITAL CEMERU	98	717	7	822	87,23%
3057496 HOSPITAL TIJUCA	60	362		422	85,78%
Total do Município (Unidades >100 partos/ano)	38325	52066	90	90481	57,54%

Fonte:

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Parto vaginal x cesariana

Tabela - taxa de mortalidade após procedimento no SUS de 2008 a 2017 – fonte - DATASUS

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
PARTO NORMAL	1,47	1,34	1,10	1,14	1,10	1,07	0,76	1,79	2,27	1,47	1,35
PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO	4,18	4,04	4,11	3,18	4,37	3,93	2,53	4,09	4,06	5,61	4,08
PARTO CESARIANO	3,39	3,88	3,22	3,01	2,97	2,63	2,57	3,16	4,17	3,26	3,21
PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	1,71	2,57	2,83	3,17	1,30	2,95	1,51	2,92	3,50	2,96	2,59
PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	9,68	14,41	10,46	9,72	8,83	9,38	9,31	8,74	10,28	9,48	9,85
Total	2,35	2,64	2,24	2,22	2,23	2,17	1,94	2,79	3,57	2,96	2,51

Por 10000 nascidos vivos

Cesariana a pedido x vaginal



Cesariana: ativistas criticam custos para o SUS e riscos de uma cirurgia...

☰ **CLAUDIA**



Notícias

Número de cirurgias para mudança de sexo aumenta seis vezes no Brasil

X

iG **Saúde** menu

Pela 1ª vez, Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas; veja mais procuradas

Por iG São Paulo | 29/07/2014 13:28:17 -
Atualizada às 29/07/2014 13:53:17

f t g+ in WhatsApp p

Home iG > Saúde > Minha Saúde

País passou à frente dos EUA e realizou 12,9% das mais de 11 milhões de plásticas no mundo; aumento da mama é campeã

O que inventam ser violência obstétrica: analgesia farmacológica



Open menu

Cochrane Database of Systematic Reviews Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews

Cochrane Systematic Review - Overview | Version
published: 14 March 2012 [see what's new](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>



[View article information](#)

Leanne Jones | Mohammad Othman
| Therese Dowswell | Zarko Alfirevic
| Simon Gates | Mary Newburn | Susan Jordan
| Tina Lavender | James P Neilson

Authors' conclusions

Most methods of non-pharmacological pain management are non-invasive and appear to be safe for mother and baby, however, their efficacy is unclear, due to limited high quality evidence. In many reviews, only one or two trials provided outcome data for analysis and the overall methodological quality of the trials was low. High quality trials are needed.

There is more evidence to support the efficacy of pharmacological methods, but these have more adverse effects. Thus, epidural analgesia provides effective pain relief but at the cost of increased instrumental vaginal birth.

O que inventam ser violência obstétrica: posição de litotomia

Cochrane Library



Women's position for giving birth without epidural anaesthesia

The findings of this review suggest several possible benefits for upright posture in women without epidural anaesthesia, such as a very small reduction in the duration of second stage of labour (mainly from the primigravid group), reduction in episiotomy rates and assisted deliveries. However, there is an increased risk blood loss greater than 500 mL and there may be an increased risk of second degree tears, though we cannot be certain of this. In view of the variable risk of bias of the trials reviewed, further trials using well-designed protocols are needed to ascertain the true benefits and risks of various birth positions.

Metas de Witzel

Uma das 203 metas do governo estadual é baixar a mortalidade materna, mas nenhum detalhe foi dado. O Estado do Rio tem níveis absurdos de mortes na gravidez. Vou dar sugestões: profissionalizar os comitês de mortalidade materna cobrando metas; treinar seriamente qualquer profissional que faça parto e pré-natal; pré-natal e partos feitos preferencialmente por obstetras qualificados e concursados e reforma das maternidades, que atualmente não passam de masmorras medievais, em sua maioria.

RAPHAEL CÂMARA M. PARENTE
RIO